851

ALBERT – LŐRINCZ ENIKŐ

A DROG – JELENSÉG MINT ADAPTÁCIÓS PROBLÉMA

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

II 327.102

BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU" IAŞI
II 327. 102

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Dr. Albert-Lőrincz Enikő

17919

A DROG-JELENSÉG MINT ADAPTÁCIÓS PROBLÉMA

Jegyzet gyanánt

702024
B.C.U. IASI

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

159.922.8
316.624-053.6
37.015.3-053.6

17.02.1999
B.C.U. „M. EMINESCU"
IAŞI
ale 18 397

Psihologia adolescentului
Biosociologie
Comportament deviant

KOMP-PRESS KIADÓ
1999
ISBN 973-9373-04-6

Biopedagogie
Adolescenți

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tartalom

Előszó (Dr. Dancsuly András professzor).....5
Bevezetés 7
I. Az adaptáció értelmezésének alapjai 10
1. Az adaptáció körének általános pszichológiai értelmezése 19
1.1. Az önismeret igénye.....19
1.2. Lelkünk rejtett tartalékai. Szimbólumterápiás megközelítés.....27
2. Az elégtelen tárgykapcsolatok következményei a személyiségfejlődésben. Analitikus megközelítés...38
II. Szenvedélybetegségek 44
1. Függőség, addikció, tolerancia.....44
2. Alkohológiai alapismeretek.....51
2.1. Az alkoholizmus okai 55
2.1.1. Társadalmi tényezők 58
2.1.2. Családi tényezők 59
2.1.3. Személyiségbeli tényezők.....60
2.2. Az alkoholizmus szövődményei.....62
2.3.Viszonyulás és szociális munka 64
3. A dohányzás problematikája 72
3. A drogfogyasztás problematikája 77
4.1. A drogfogyasztás mint deviáns viselkedés 77
4.2. Drog és család.....86
4.3. A drogos karrier.....89
4.4. A drogfogyasztáshoz társuló kóros állapotok 90
4.5. A drogozás felismerése.....91

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

4.6. Fontosabb drogtípusok 94
A. Depresszánsok 96
B. Stimulánsok 115
C. Hallucinogének 122
5. Nem anyaghoz kötődő szenvedélyek 134
III. A megelőzés lehetőségei 137
1. A megelőzés fogalma 138
IV. Gyógyítás és utókezelés 144
Irodalom 155

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ELŐSZÓ

" Lelkünk épségére tudatosan kell vigyázni", olvashatjuk már a bevezető sorokban, s ez a gondolat akár a könyv mottója is lehetne. Dr. Albert-Lőrincz Enikő ráhangoló kijelentésével az egészség megőrzésére irányuló személyes felelősségünket hangsúlyozza. Oda kell figyelni azokra a makro- és mikrotársadalmi jelenségekre, amelyek adaptációs zavarokat idézhetnek elő, amelyek maguk is problémaként bukkannak fel nyugodtnak nem mondható környezetünkben. Számolni kell azokkal a bőrünket égető sérülést vagy veszélyeztetettséget eredményező tényezőkkel, amelyek befolyásolják, rosszabb esetben meghatározzák egyének, csoportok vagy rétegek magatartás és viselkedési szokásait, amelyek hozzájárulhatnak olyan szubkultúrák kialakulásához, amelyek destruktív szerepet játszanak az átlagosnak vagy szokványosnak tartott ifjúsági populációban.

" Korunk pestisére", a drogfogyasztás veszélyére figyelmeztet a szerző úgy, hogy miközben feltárja a drogfogyasztó magatartás lényegesnek vélt aspektusait, ismerteti a szenvedélybetegségek sajátosságait, bemutatja a különböző drogfajtákat, rávilágít a megelőzés lehetőségeire és szükséges voltára is.

A pozitív értékhordozó személyiség kialakulásában, a sikeres adaptációban az érzelmi életé a vezető szerep, írja a szerző. Az érzelmi hiátus, a kapcsolati zavarok, a viszonyulások elsivatagosodása károsíthatják a szocializációs folyamatot és különböző szinteken jelentkező beilleszkedési nehézségekhez vezethetnek. Gondolunk itt a

feszültséggel terhes vagy a magatartászavarokkal társult deviáns viselkedésekre.

Ez a könyv a mentálhigiéné szempontját tartja vezéreszméjének és e köré épül mondanivalója. Reális haszonnal olvashatják formálódó szakemberek, kíváncsiskodó olvasók, szülők, fiatalok vagy azok is, akiket már megérintett a " pestis" elsöprő szele.

A szerző nevelő és figyelmeztető szándéka felfokozott s ezt ökonomikus, összegező stílusával és szerkezetével teszi kézikönyvé.

Dr. Dancsuly András professzor

Korunk zaklatott világában pszichénk épsége fokozottabban veszélyeztetett, védelme hatványozottan szükségessé vált. Életünk minősége nemcsak a gazdasági tényezőktől függ. Arra is oda kell figyelni, hogy hogyan bánik az emberekkel az adott társadalom.

A technikai civilizációt, a testi egészséggel kapcsolatos ismeretek bővülését, az intellektuális élet meggyorsulását nem követi a lelki érés ritmusa. Lelkünk épségére tudatosan kell vigyázni. Az érett, kompetens személyiség tudatában kell legyen a magán és a társadalmi életben jelentkező veszélyeknek és annak, hogy társas terének minősége közvetlenül befolyásolja lelki egészségét.

A nemzetközi szakirodalom és saját kutatásaim arról győztek meg, hogy időszerű odafigyelni a társadalmi adaptációs problémákra, mivel számuk egyre gyarapodik. A pszichés ártalmak okozta deviáns jelenségek megértése feltételezi az egyéni beilleszkedést akadályozó veszélyes helyzetek figyelembe vételét. Fel kell ismernünk „ korunk pestisét", ahogy a szakirodalomban nevezik a drogfogyasztás veszélyét, aminek még a kezdetek kezdetén gátat kellene vetni.

A szenvedélybetegségekkel kapcsolatos közgondolkodás alakulása nagyban függ attól, hogy rendszerezett formában milyen információkhoz jutunk.

Hatékony kommunikációs stratégiának tartom a nagyközönséghez szóló ismertető, az egészséges életmódra vonatkozó, a veszélyekről józanul tájékoztató ismeretek közlését és a jelenséggel kapcsolatos társadalmi háttértényezők felmutatását.

A nagyvilágban könyvtárat kitevő szakirodalom foglalkozik e jelenségkörrel, nálunk azonban hiány

mutatkozik ezen a területen. Célom összefoglaló áttekintést adni saját kutatásaimról, valamint összegezni a nemzetközi irodalom általam fontosnak vélt kérdéseit, úgy a szakma, mint az érdeklődő olvasó számára. A drogok leírásában főleg a *Young-Klein-Beyer*, Collier Books, New York- ra támaszkodtam. A kezeléssel kapcsolatos gyakorlati jellegű tapasztalatokat a magyarországi szakirodalom alapján összegeztem. Tekintettel arra, hogy a drogosokkal való szociális munkában kevés tapasztalattal rendelkezünk.

Munkámban az ösztönzött, hogy fiataljaink valós képet kapjanak a drogok világáról, hogy ne illúziók vezessék döntéseikben.

A témakörrel foglalkozó rádiós beszélgetéseimre gyakran kaptam olyan reflexiókat, hogy ne propagáljuk a drogok használati módját. Nem szabad passzívan nézni, hogy a fiatalok helyettünk, szakemberek helyett, tájékoztatják egymást, nem mindig a valóságnak megfelelő módon. Ezért, úgy gondolom, elvitathatatlan jelen munkám szerepe, itt és most. A kíváncsiságból történő, veszélytelennek tűnő próbálkozások idején mindenki azt hiszi, hogy akkor áll le, amikor akar, de mihelyt kiderül, hogy ez csak illúzió, már késő. Kialakult az addikció (pszichoaktív szerfüggőség), a kapaszkodó kapcsolat a szerhez. „Ő" osztja be energiánkat, időnket, pénzünket, szüntelenül parancsol nekünk és rabságában tart.

Nagy a drog vonzereje, mert időlegesen feledteti legégetőbb problémáinkat, fájdalmainkat, veszteségeinket. Ám védelmet csak az az életszemlélet adhat, amelybe belefér a szenvedések, a problémák elviselése. Le kell mondani a minden gondot elfedő euforia igényéről. Ehelyett azt kell tudatosítanunk, hogy személyiségünk harmóniáját társas kapcsolataink minősége határozza meg, ennek befolyásolása pedig hatalmunkban áll.

A pszichés ártalmak nagyrészt megelőzhetőek az okok megfogalmazása és elhárítása által. Ebben az értelemben szeretnék munkámon keresztül betekintést adni a szenvedélyek világába, rámutatva a jelenség tágabb összefüggéseire is.

A szerző

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I. AZ ADAPTÁCIÓ ÉRTELMEZÉSÉNEK ALAPJAI

1. Az adaptáció körének általános pszichológiai értelmezése

Mindennapi életünkben különböző helyzeteket kell felismerni és bennük el kell tudni igazodni.

Világrajövetelünkkor potenciálisan rendelkezünk ugyan azokkal a képességekkel, készségekkel, amelyek ehhez szükségesek, azonban az alapvető én-funkciók kibontakoztatása, az attitűdök, a társas készségek, a szociális szerepek, a védekező mechanizmusok és a mindennapokban szükséges ismeretek elsajátítása az egyén élete folyamán kell megvalósuljon. Mindez a *szocializáció* eredményeként alakul ki. Ettől függ, hogy hogyan válik az egyén a társadalom tagjává, hogyan illeszkedik be valamilyen szervezett életmódba. E folyamatnak köszönhető a személyiség kibontakozása és a társadalmi szerepekbe való belépés, a társadalmilag kontrollált viselkedés megtanulása.

Mivel az ember ökoszociális környezetben él, két irányban is meg kell felelnie: egyrészt a természeti környezet, másrészt az emberi együttélés - bonyolult emberi kapcsolatok és viszonyok- kihívásainak. *Merton* szerint az egyén kultúrát sajátít el, érték, viselkedés, érdek, képesség, ismeret birtokába jut. A szocializáció során az egyén meg kell ismerje szűkebb és tágabb környezetét, annak szokás- és normarendszerét, hagyományait, értékeit, együttélési

szabályait, életmódját, érzés- és gondolatvilágát. Mindez nem megy végbe zökkenőmentesen, buktatókat rejthet magában. Viselkedéskultúránk alakulása jelentős próbatételek elé állít bennünket. Nem mindig észleljük pontosan mások viselkedését és így nem tudunk hatékonyan válaszolni rájuk. Saját érzéseinket, gondolatainkat sem tudjuk mindig értékesíteni. A civilizáció fejlődése pedig nemhogy könnyítené helyzetünket, hanem növeli lelki terheinket, társas konfliktusainkat. Egyre nehezebb a viszonyokat átlátni és a halmozott követelményeknek adekvátan megfelelni.

Az alkalmazkodási folyamat egyensúlyt biztosít az előzetesen létező sémákba történő asszimiláció és e sémáknak az új körülményeknek megfelelő átstrukturálódása között. Az alkalmazkodás *J. Piaget* szerint két funkciónak az együttes hatása révén jön létre. Egyfelől létezik az asszimiláció. Az új tartalmakat úgy érthetjük meg, hogy bevonjuk egy már kialakult sémába, hasonlítjuk az ismerthez. Másrészről van az akkomodáció. A meglevő cselekvési és információnális sémákat hozzáillesztjük, hozzáidomítjuk az új benyomásokhoz. Az asszimiláció a világot veszi önmagunkhoz, az akkomodáció pedig minket idomít a környező valósághoz, azaz a túlélést biztosítja a környezet változásai dacára. Viszonyulásaink biztosítják az adaptatív viselkedési formák mozgósítását és gátolják a dezadaptációs mechanizmusok létesülését. Az alkalmazkodás akkor mondható sikeresnek, ha az egyén "otthon érzi magát" a társadalmi tevékenység minden területén, érzi, hogy kibontakoztathatja, megvalósíthatja önmagát, valamint akkor, ha embertársai sem érzik őt idegennek.

Ebben a folyamatban az affektivitás játszik fő szerepet. A külvilág eseményei átéléseket, érzéseket

váltanak ki belőlünk. Ezektől függ lelkünk harmóniája vagy diszharmóniája. Különös fontossággal bírnak a koragyermekkori hatások, amelyek lerakják a személy tárgykapcsolatainak alapjait. A személy tárgykapcsolatainak érettsége biztosítja a megfelelő beilleszkedést. (A tárgykapcsolat értelmezését a 2 alfejezet tárgyalja.)

Az adaptációt gátolja az érzelmi kiegyensúlyozatlanság, melynek hátterében a nem kielégítő tárgykapcsolatok állnak. Magatartásbeli megnyilvánulásai a kiegyensúlyozatlanság, az alacsony tűrőképesség, a túlérzékenység, a túlfűtöttség vagy közömbösség, a szorongás, az agresszió...

A társadalomba való beilleszkedés mindig gondot jelentett az emberi közösségek életében. Több-kevesebb tudatossággal próbáltak segíteni a felnövekvő nemzedéknek az előttük járók, hogy megtalálja helyét a felnőttek világában. (Köztudottan ilyenek voltak a különböző beavatási szertartások vagy az élet nagy eseményeihez fűződő rítusok...). A társadalomba való beilleszkedés nem önmagában értelmezhető, mindig az adott társadalmi problémákat keltő politikai, gazdasági érték- és érdekviszonyok függvénye. Az egyén az adott társadalom tagjaként olyan adaptatív jellegű válaszokat kell találjon, amelyek az adott időpontban és kultúrkörben elfogadhatóak. Úgy kell alakítania, behatárolnia és szabályoznia önmagát, hogy környezetét mércének tekintse. Ha ez sikerül neki viselkedése megfelel a társadalmi együttélési normáknak és alkalmazkodó-beilleszkedő magatartást tanúsít. Ellenkező esetben a társadalmi normákkal ütköző, deviáns módon fog viselkedni. Az ellenszegülés, esetleg ellenségesség, pszichés téren érzelmi kiegyensúlyozatlanságot, éretlenséget, impulzivitást, túlérzékenységet, szorongásokat, félelmeket takarhat. E magatartásban megnyilvánuló tüneteket az

emberi lelki rendszer megszívlelendő kommunikációjának kell tekintenünk. Arról árulkodnak, hogy a személy és környezete között nem megfelelés vagy éppen zavar állt be. *A magatartás mindig a személyiség és környezete közötti viszonyt tükrözi.* Ha ez a viszony nem kiegyensúlyozott, beilleszkedési problémát okoz.

A beilleszkedési zavarok fogalomköre tág. Olyan viselkedésformákat foglal magába, amelyek deviáns magatartásoknak számítanak: öngyilkosság, alkoholizmus, kábítószerfogyasztás, bűnözés, mentális betegségek, szexuális rendellenesség (exhibicionizmus, nemi erőszak, stb.). Közös sajátosságuk, hogy eltérnek az adott társadalomban elfogadott viselkedési szabályoktól, megszegik az érvényben levő normákat.

A beilleszkedés különböző sikerrel történhet. Sajátosságainak megfelelően három szintjét különíthetünk el:

- amikor az egyén tökéletes harmóniában van önmagával és környezetével *harmonikus beilleszkedésről* beszélünk;
- ha az egyén viselkedése tünet mentes, de érzelmi jellegű gondjai vannak - túlérzékenység, impulzivitás, kiegyensúlyozatlanság, deprsszió, bezárkózás - *feszültséggel terhelt adaptációról* van szó;
- ha az egyén érzelmi élete és viselkedése egyaránt zavart szenvedett és magatartása megszegi az érvényben levő normákat, devianciával van dolgunk. Amennyiben viselkedése törvénybe ütközik bűnözésről, kriminalitásról beszélünk.

Popper Péter szerint a beilleszkedési problémákkal küzdő személyek élmény feldolgozó mechanizmusa szenvedett zavart és ez okozza beilleszkedési nehézségeiket.

Kutatásaiból, az általa készített anamnézisekből az derül ki, hogy a beilleszkedési nehézségekkel küzdő gyermekek hátterében szereplő legjellemzőbb tényezők:

- a felbomlott család,
- a lakótelepi életforma,
- a kriminalitás a családban,
- a brutális bánásmód,
- a család laza erkölcsi normái,
- az érzelmileg elutasító szülők,
- a szülők alkoholizmusa,
- a kultúrálatlan, primitív miliő,
- az elhanyagoló nevelés,
- a rossz szociális és anyagi helyzet.

A társadalmi beilleszkedési zavarok magyarázó elveit *Andorka Rudolf* (1986) hét tényezőre terjeszti ki:

- *Természeti - biológiai tényezők*: gének, kromoszómák rendellenességei; az idegrendszer zavarait okozó biokémiai sajátosságok; anyagcsere zavarok.
- *Szocializációs zavarok:* az egyén társadalmivá válása szenved kárt, a személyi és tárgyi környezet személyiségformáló hatása veszélyeztető jellegűvé válik. A gyermeket ért tudatos és spontán hatások nem tudják biztosítani a személyiség egészséges fejlődését.
- *Személyiségkárosító életesemények és helyzetek*: testi betegségek, balesetek, veszteségek ....
- *Mikrokultúrális tényezők*: pozitív mintanyújtás hiánya, deviáns magatartás minták áthagyományozása.
- *Makrostruktúrális folyamat*: az anómia jelensége, ami a társadalom szabályozatlan állapotát, célok, értékek, magatartási előírások megingását,

elhomályosulását jelenti. Hiányoznak a cselekvés egyértelmű irányjelzői. Meglazulnak az emberek közötti kötelékek és ez által a társadalom összeforrottsága, integráltsága. Az anómia úgy is értelmezhető, mint a megfelelés hiány a társadalmilag-kulturálisan értékelt, kívánatossá tett célok és az elérésükhöz az egyén rendelkezésére álló, elfogadott eszközök között.

- *Társadalmi-kulturális tényezők*: a társadalom egészének, vagy egyes rétegeinek kultúrái, viselkedési szabályok, értékek, hagyományok, beidegződések, (pl. ivási szokások...)
- *Korlátozó intézkedések ellenhatása*: a túlszabályozott, merev, tiltó nevelői hatások eredményezik.

Az elmondottakon kívül, a beilleszkedési zavarokban szenvedők társadalmi megítélése is befolyásolhatja az elfogadott magatartásformák körének tágulását vagy szűkülését. Az értékelés szigorúsága-enyhesége magyarázhatja a beilleszkedési nehézségek számának növekedését vagy csökkenését. Ha a társadalmi tolerancia szint, az elfogadási küszöb magasabb, akkor kevesebb a deviánsnak ítélt magatartások száma, ha pedig a küszöb alacsony, a társadalom kevésbé toleráns tagjainak viselkedésével, így több a devianciák száma, gazdagabb a devianciák skálája.

Ide illeszkedik *Buda Béla* megállapítása, miszerint „ számos szenvedély valamely lelki betegség öngyógyítási vagy kompenzációs kísérlete, ezért betegségként kezelhető. (12. 9 old.)

Napjaink társadalmi-gazdasági és politikai instabilitása is kedvezőtlenül befolyásolja korunk emberének lelki harmóniáját. A jelenlegi gondok enyhülése a XXI-ik

században mindenekelőtt a társadalom stabilizálódásától függ. Ennek alapvető feltétele a gazdasági sikeresség, a társadalom belső integrációjának erősítése, az egyén szellemi-morális autonómiájának növelése és a mentálhigiénés szemlélet meghonosítása.

A mentálhigénia lényege, hogy minél több ember számára lehetővé váljon az optimális intellektuális és érzelmi fejlődés, a testi-lelki és szociális kibontakozás, mely alkalmassá teszi az embert társadalmi feladatainak teljesítésére, miközben belső harmóniában van önmagával és környezetével egységben él. Konkrétabb céljai:

- a személyiség működésének és képességének védelme,
- fejlődésének maximális elősegítése,
- a lelki megterhelésekkel szemben az egyén lelki erejének, "legyűrőképességének"(coping) , fenntartása, támogatása,
- a sérülékenység figyelembevétele.

A mentálhigiénés törekvéseket, melyek a nyugati világban mozgalommá fejlődtek, korunk veszélyeztető tényezői tették szükségessé. Ezek közé sorolhatók:

- a társadalmi közérzet romlása, a jövőkép bizonytalansága,
- a halmozott tehertételek és a ki nem elégített szükségletek,
- az értékviszonyulások zavara, a normarendszer válsága,
- a munkanélküliség, egyes rétegek lecsúszása, társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek kiéleződése,
- az intézményrendszer átalakulása, az állam idő előtti visszavonulása a szociálpolitikából, mielőtt a megfelelő civil szerveződések létrejönnének,
- a család funkcióinak gyengülése, a kapcsolatok elsivárosodása, a család és iskola eltérő kulturális

hátteréből adódó konfliktusok, a diszfunkcionális családi működések következtében fellépő teljesítményzavarok.

- a deviáns viselkedések arányának növekedése, új deviancia formák megjelenése (pl. drogozás, pornográfia...)
- az iskolák hétköznapjainak megváltozása: az elvárások körének bővülésére, az alapfeladatok ellátásában megmutatkozó hiányosságok....

A megoldásra váró problémák számának megsokszorozódása miatt külön kell foglalkozni a fiatal nemzedéket közvetlenül érintő *iskolai beilleszkedési problémákkal*, hiszen az egész társadalmi haladás kulcsa a felnövekvő nemzedék adaptációs kézsége.

Az iskolában jelentkező adaptációs problémák egyrészt akadályozzák a tanítást, az információk hatékony átadását, másrészt veszélyeztetik a tanulók személyiségének alakulását. Egyre szélesebb rétegeknek van szükségük támaszra: gyermekeknek, családoknak és magának az iskolának. Az iskolai mentálhigiénés törekvések *a küzdelmet vállaló magatartás kialakítását és a problematikus környezet megváltoztatását* célozzák.

E kérdések helyes értelmezéséhez ökológiai és rendszerszemléletű megközelítésre van szükség.

Az ökológia a szervezetek és a környezet kapcsolatainak tudománya, amely az egyént és a környezetét olyan rendszernek tekinti, ahol a hatások kölcsönösen befolyásolják egymást és egységes egészként működnek. Egyszerre veszi figyelembe a szervezet és a környezet komplexitását, kidolgozva a beavatkozási stratégiákat. A helyzetben és az emberben meglévő progresszív erőket kamatoztatja, segíti a környezeti akadályok pozitív irányú átalakulását. *Carel B. Germain* szerint az ökológia támogatja a gyermekeket a koruknak megfelelő kompetencia

kialakulásában, az iskolát pedig érzékennyé teszi a gyermek szükségleteire. Erre a feladatra elsősorban a iskolai szociális munkás hivatott, aki azon a köztes területen tevékenykedik, ahol az iskola és a gyermek hatóköre talákozik, de érinti a család és az iskola, valamint az iskola és a helyi közösség kapcsolódásának kérdéseit is. A beavatkozás megtervezésénél a realitást és a gyermek érdekeit egyszerre kell képviselnie. A szociális munkásnak kettős feladata van: megerősíteni az emberekben azt a képességet, hogy megbirkózzanak a problémákkal és tökéletesíteni a környezet minőségét. A gondozás és az intézkedés egymás kiegészítőjévé válik annak érdekében, hogy megszilárduljon a személy kompetenciája, autonómiája és identitása.

A szociális *kompetencia* növelése az identitás kikristályosodásának feltétele. Realitás érzéket feltételez, a helyzetek felismerését, azt a megérzést, hogy mikor és hogyan kell lépni, dönteni és ezt kivitelezni, kézben tartva az események befolyásolását. Relatív autonómiát tart fenn, megőrizve kapcsolatát a világgal és a többi emberrel. *Erikson* mondja, hogy a gyermek kompetenciája attól függ, hogy a bizalom, az autonómia, és a kezdeményezés milyen szintű benne.

Következésképpen elmondhatjuk, hogy az embernél az adaptáció a társadalmi és kulturális folyamatok aktív és kreatív felhasználása a környezet megváltoztatása céljából. Alapvető feltétele az életorientáltság és az érzelmi kiegyensúlyozottság. Küzdőképességet, önbecsülést és pszichikus komfortérzést feltételez. Ennek biztosítéka a helyes önismeret és a reális énkép.

1.1. Az önismeret igénye.

Mindnyájan éreztük már igényét annak, hogy felülvizsgáljuk életünknek egy-egy periódusát. Kérdéseket tegyünk fel önmagunknak: milyen ember vagyok; miben vagyok előbbre társaimnál és miben maradok le; milyen értékek, eszmék vezetnek; mire kell vigyáznom emberi kapcsolataimban; melyek a legalapvetőbb szükségleteim, mire vágyom; mi az, ami a legnagyobb öröme , sikerélményt adja és mi az, amit a legjobban el szeretnék kerülni, mert letör, elszomorít; milyen téren vagyok a legeredményesebb; milyen a jövőképem, mit várok a holnaptól ...

A válasz attól függ, hogy mennyire vagyunk képesek szembenézni önmagunkkal és miben próbáljuk fellelni nehézségeink okát: önmagunkban, intrapszichés és interperszonális viszonyainkban vagy magunktól függetlennek tekintjük. Különösen nehezen ismerjük el, hogy problémáink forrása személyiségünk kiforratlansága, neurotikus fejlődési zavara és, hogy hiányzik az a képességünk, hogy önmagunkat megértve mások igényeit is figyelembe vegyük, és hogy elvárásaink "felnőttesek " legyenek önmagunkkal és környezetünkkel szemben.

Amikor érezzük, hogy valami nincs rendben, vagy elfogadjuk, vagy megpróbáljuk elfedni, letagadni. Ha elfogadjuk a probléma létezését, ismerjük képességeinket valamint lehetőségeinket és teszünk is valamit a megoldás érdekében, meg van az esélyünk arra, hogy újból harmonikusan illeszkedjünk be környezetünkbe. Miután őszintén szembesülünk nehézségeinkkel, rá kell hangolódunk egy olyan magatartásbeli változásra, melynek segítségével újra megtalálhatjuk lelki egyensúlyunkat.

A problémákhoz azonban úgy is viszonyulhatunk, hogy: „nem kell komolyan venni", „kár foglalkozni vele, úgy sem tudom megoldani", „nem tőlem függ a dolog", esetleg túlracionalizálhatjuk, semmibe véve a dolog érzelmi vonatkozásait .... A lelki feszültség egyik esetben sem oldódik meg, a tünetek halmozódnak és bomlasztják a személyiséget. Az egyén elbizonytalanodik és kitör a pánikreakció, a személy megpróbál menekülni munkahelyéről, otthonából, párkapcsolatából vagy önmagától. Mindez hiába, problémáit továbbra is magával viszi. Az új körülmények vagy robbanás szerűen váltják ki az összeomlást, vagy időlegesen eltüntetik a tüneteket, amelyek azonban rövidesen megsokszorozódva törnek fel újra. Ezekben az esetekben, ha az én nem elég erős, a személy pótszerekhez folyamodhat és elindulhat a függőség kialakulása felé.

A hibás megoldások kiküszöbölése szemléletváltást igényel.

Beilleszkedési nehézségeket okoz:

- a csak két jó út van szemlélet;
- a problémák banalizálása, csökkentése vagy elnapolása;
- a hibás énvédelmi mechanizmusok mozgósítása (pl. racionalizálás);
- a probléma szomatizálása, - elkerülöm a konfliktust de belebetegszem-;
- ha a „ vihar " előtti csendből nem tudok olvasni és felkészületlenül ér a baj;
- ha a megváltoztathatatlant akarom megváltoztatni, esetleg nem ott keresem a bajt ahol van, nem azon a szinten avatkozom be, amelyiken a probléma megoldható lenne.

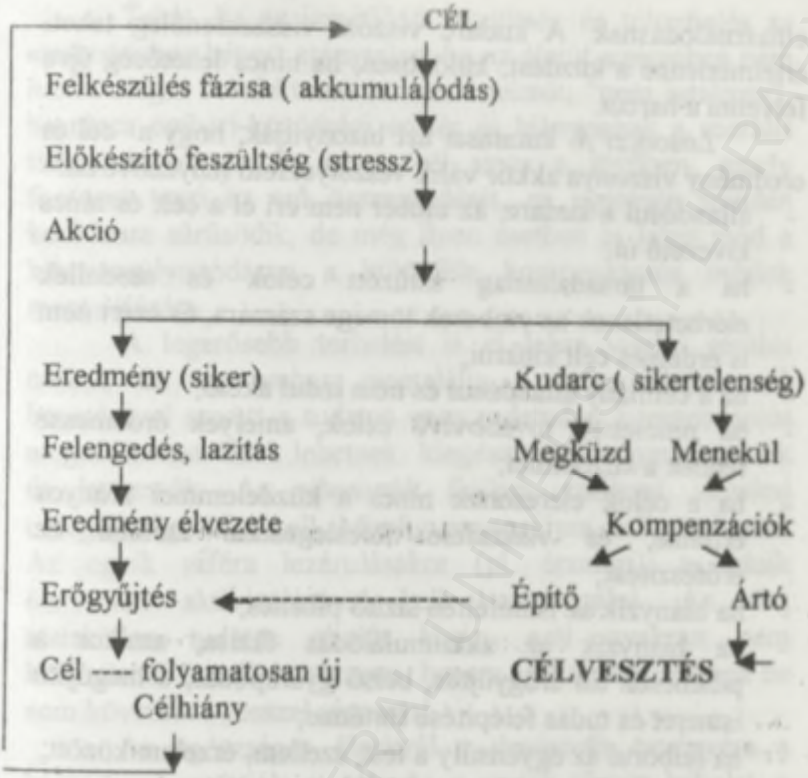
A lelki konfliktusaink megoldása érdekében összhangot kell találnunk az egymásnak ellentmondó késztetéseink - pl. változatosság és biztonság igény, aktivitás és passzivitás, extraverzió és introverzió, dominancia és alárendelődés- között. Mindezek érdekében életünk során többször is át kell értékelnünk viszonyulásainkat, változtatnunk kell kialakult szokásainkon, új értékeket kell magunkévá tennünk, újra meg kell fogalmaznunk céljainkat. Ehhez realitásérzékre és helyes önismeretre van szükségünk. Ezek a tulajdonságaink fokozatosan alakulnak a mindennapi cselekvéseink során, folyamatosan elősegítve az önállósodást és a döntésvállalás képességét. Magatartásuk a köré a központi érték köré fog strukturálódni, ami számunkra a legfontosabb. Minden embernek a legnagyobb szüksége arra van, hogy legyen valami, ami nagyon fontos számára az életben. *V. E. Frankl* mondja a Mégis mondj igent az életre (Bp., 1981), című könyvében, hogy az élet értelme " átadni magad egy szolgálni való ügynek, mert, akinek van miért élnie, bármilyen hogyant kibír." Mindenkinek tehát szüksége van valamilyen célra , amit követ, amit tiszteletben tart, és büszke, hogy dolgozik érte, mert csak így maradhat egészséges és óvhatja meg magát az illuzórikus megoldásoktól, a káros szenvedélyektől.

Céljaink között azonban fontossági sorrendet kell felállítani. A "semmiről sem akarok lemondani, nehogy veszteség érjen" magatartás rejti magában a legnagyobb buktatókat. Az érett személyiség le tud mondani, hogy életének irányt adjon. Ez a képesség is fokozatosan alakul ki és az egyén autonómiájának fokát mutatja. Segít önazonosságunk megtartásában. A küzdelmet vállaló magatartás csak egy ilyen biztos talajon alakul ki, elősegítve azt, hogy a legkevesebb kudarc árán juttassuk kifejezésre a bennünk rejlő képességeket. Ez azért fontos, mert a kudarc,

a stressz fogyasztják alkalmazkodási energiánkat, ez a tőke *Selye János* szerint öröklött szerzeményünk és életünk során ebből gazdálkodhatunk. Az életerővel való hatékony gazdálkodás érdekében kísérjük figyelemmel az alábbi gondolatsort.

Az ember fennmaradása erőfeszítést és aktivitást kíván. A köznapok számtalan rövid távú cél, siker vagy kudarchalmazból épülnek fel és életutakká alakulnak a mindennapok évekké sorolódó egymásra épülésében. Az 1. ábra (*Losonczi Á.*, 1989), a cél-feszültség-felkészülés-akció-eredmény, valamint a pihenés összefüggését ragadja meg. Azt kívánja hangsúlyozni, hogy a felengedés és lazítás, valamint az eredmények élvezete az elhasználódás kivédésének elengedhetetlen feltétele. A küzdelmek pedig akkor adnak energiát, ha belátható célokért folynak, mert az eredmény jutalmaz.

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA



1. Ábra

A társadalmi helyzet, a történelmi kor, a társadalmi-gazdasági viszonyok adnak eszközöket, biztosítanak vagy zárnak el célt és utat. Ezek azok a tényezők, amelyek kialakítják az életben maradás küzdő pályáját és módját. *Az emberi igénybevétel, az elhasználódás mértékét, a sérülések, kopások erősségét és veszélyeit az idő és a társadalmi hely együttesen magyarázza, az egészségi állapot minőségét csak ebben az összefüggésben lehet megérteni.* A küzdelmet a célok minősítik és az eredmény igazolja, értelmet adva az

elhasználódásnak. A kudarc viszont visszamenőleg teheti értelmetlenné a küzdést, különösen, ha nincs lehetőség újra felvenni a harcot.

Losonczi Á. kutatásai azt bizonyítják, hogy a cél és eredmény viszonya akkor válik veszélyeztető tényezővé ha:

- állandósul a kudarc, az ember nem éri el a célt és nincs kivezető út;
- ha a társadalmilag kitűzött célok és modellek elérhetetlenek az emberek tömege számára, és ezért nem is érdemes célt kitűzni;
- ha a célhiány állandósul és nem indul akció;
- ha nincsenek továbbvivő célok, amelyek érdemessé tennék a küzdelmet;
- ha a célok elérésének nincs a küzdelemmel arányos értelme, és visszafelé feleslegesnek mutatja az erőfeszítést;
- ha hiányzik az ismételten lazító pihenés;
- ha hiányzik az akkumulálódás fázisa, amikor a pihenésen túl erőgyűjtés, belső gyarapodás, a megújító ismeret és tudás felépítése történne;
- ha felborul az egyensúly a test, szellem, érzelem között;
- ha csak fogyasztja testi-lelki energiáját és sem a pihenésre, sem a gyarapodásra nem fordít figyelmet.

Az elhasználódás attól is függ, hogy a társadalom biztosítja-e a megfelelő védettséget. Ebben a különböző intézményeknek és a szociális hálónak van szerepe.

Az ember annál kevésbé sérül:

- minél inkább képes az eszközváltásra, a cél áthelyezésére, megújítani önmagában önmaga erejét és rugalmasan adaptálódni a helyzethez;
- minél inkább támaszt talál emberi viszonyaiban, amely segít a küzdelemben és az erőgyűjtésben;
- minél erősebb énje.

Tehát, ha az ismétlődő feszültség és túlterhelés az eredményhez képest aránytalan, ha az életút egészében nem hozza meg a belefektetett küzdés értelmét, "nem jutalmaz", ha nincs emberi-közösségi erőtér és hiányoznak a morális tartóoszlopok és, ha olyan cél sincs a jövőben, amely fontossá teszi az erő összeszedését, az egészség minden kockázata sűrűsödik, de még ilyen esetben is lehet mód a kiegyensúlyozódásra, a különféle kompenzációs módok megtalálására.

A legerősebb terhelést is el lehet viselni sérülés nélkül, ha az ember megtalálja a biopszichikai erő bevetésével együtt a tudatos vagy tudattalan kompenzációs megoldásokat. Ezek lehetnek kiegészítők, kiegyensúlyozók és levezetők. Az elhasznált fizikai, szellemi, érzelmi energiákat pótolni kell. Mindig egyensúlyra kell törekedni. Az egyik szféra lezárulásakor (pl. érzelmi), a másik életterület aktivizálásával kell kompenzálni. Az élet átalakítása tudatos akciót kíván, ami gyakran nem közvetlenül hoz jó közérzetet, hanem egy távoli jövőben be nem következő rosszal vigasztal.

Az egészséges életútról a deviancia ösvényére a káros kompenzációk, a túlevés, a szerek okozta kábulat, a gond elhárítás... vezethetnek.

A társadalmi fordulatok emberemésztő életáldozatokkal is járhatnak, mert az alkalmazkodás új módozatait igénylik. Tartalékainkat újból és újból fel kell tölteni. Ilyen értelemben meríthetünk:

- a szabadság megéléséből;
- az emberi közösségek bizalmat, önbizalmat és védelmet adó forrásaiból;
- az önérték megéléséből, a döntések sikerességéből, (a magabiztonság növeli a képességeket és megerősíti az akaratot);

- az új generáció tenni akarásából és az idősebb generáció korlátok miatt ki nem használt tapasztalatából;
- az egyéni szellemi erőforrásokból, a személyiség kiteljesítéséből, testi- lelki- szellemi harmóniájából.

Mindenkinek meg kell találnia azt a módot, ahogyan megszabadulhat felgyűlt feszültségeitől, anélkül, hogy önpusztító szenvedélyekbe fojtaná őket, anélkül, hogy embertársaival összeütközésbe kerülne, anélkül, hogy elveszítené környezete megbecsülését. A hedonista életszemlélet, az azonnali örömök élvezése nem nyújt belső biztonságot, nem szabadít fel alkotó erőket. Képességeink kibontakoztatásának feltétele, hogy ismerjük őket és pontos képet alkossunk magunknak lehetőségeinkről. Környezetünk állandó jelzéseket küld felénk és ezek alapján képet alkothatunk tulajdonságainkról, képességeinkről, definiálhatjuk önmagunkat. A lényeg az, hogy tudjuk elfogadni énünk inkompetens részeit is.

Adaptációs készségünket növelheti az a tudás is, ami rejtett formában ugyan, de ott van fizikai - társas és intrapszichés világunkban. Ennek megértése és hasznosítása új lehetőségeket biztosít számunkra.

1.2. Lelkünk rejtett tartalékai. Szimbólumterápiás megközelítés.

Korunk zaklatott világában egyre nagyobb az igény a nyugodt, kiegyensúlyozott lét, a jó életérzés élménye iránt.

Ennek feltételeit hajlamosak vagyunk kint keresni a társadalmi lét különböző szféráiban. Ez szükséges, de nem elégséges. Pszichés hogylétünk nagyban függ belső történéseinktől attól, hogy mi rejtőzik lelkünk mélyén. Lelki épségünk érdekében szükségünk van arra, hogy időnként újraértékeljünk bizonyos dolgokat önmagunkkal kapcsolatban. Le kell mondanunk a magunkra kényszerített egyértelműségről , képesnek kell lennünk az európai emberre jellemző két kategóriában való ítélkezés meghaladására, a ráció egyeduralmának feladására és új alternatívák befogadására, integrálására.

Újat hozhat számunkra a lelki élet szimbólumok segítségével való megközelítése, így átléphetjük azt a határt, amelyen túl a racionalitás nem tud áthatolni.

Bebizonyosodott tény, hogy illúzió volt azt gondolni, hogy az ész segítségével legyőztük a természetet. A psziché is tudatos és tudattalan tartalmakból épül fel. Az ember szívesen hiszi, hogy ura lelkének. Nehéz elfogadni, hogy pszichénket akaratunktól független erők is befolyásolják. A tudatalatti és tudattalan tartalmak a szimbólumok nyelvén üzennek nekünk. Ha kommunikációba tudunk lépni velük, megnövelhetjük lelki tartalékainkat, eredménysebbé tehetjük a társas és fizikai környezetbe való beépülést.

Vannak olyan pszichés elemek is, amelyek régmúlt idők óta tovább élnek lelkünkben. Amint az embrionális test fejlődése megismétli saját őstörténetét, úgy a psziché is az

ősmináták sorozatán keresztül fejlődik. Ezeknek a megismerése, üzenetüknek megértése új erőforrások feltárását jelentheti. E tartalmakkal azonban csak áttételes formában találkozhatunk. A szimbólum mindig valamilyen homályos, rejtett jelentést is magába foglal. A modern ember nem is sejti, hogy az egyoldalú racionalitás, amely lerombolta azt a képességét, hogy a szimbólumokra reagálni tudjon, mennyire kizsákmányolttá tette tudatalattijával szemben. Megfosztotta azoktól az erőktől, amelyek a tudatalatti segítő közreműködéséből származhatnak.

Az archaikus tartalmak ereje ősidők óta az ember ritusaiban, hiedelmeiben nyert szimbolikus kifejezést. A modern ember pszichéje is megőrizte szimbólumalkotó képességét, azonban a szimbólumokkal nem tudunk már bánni. Meg kell tanulnunk újra megérteni őket és hallgatni az általuk közvetített üzenetekre. A mentális fejlődés ellenére az emberi lélekben rengeteg a primitív vonás. A lélek alapvető szükségletei nem változtak az idők során.

Az archetipikus tartalmak életrekeltése nagyobb tudatosságot eredményezhet, ha az énünknek sikerül a tudatba asszimilálni és integrálni az elveszett ás újra visszaszerzett tartalmakat. De mik is ezek az archaikus tartalmak?

Freud szerint az emberi psziché örökölt formái. *Jung* archetípusoknak, vagy ősi képzeteknek nevezi a psziché legmélyebb rétegének kifejeződéseit. A test által érzékelt fiziológiás ösztönkésztetések, amelyek áttevődnek a fantáziába és szimbolikus képek formájában jelennek meg. Az emberiség tipikus reagálási módjai a félelem, a veszélykerülés, a túlerő elleni harc, a gyermeknek a szülőhöz való viszonya, a nemek egymáshoz való viszonya, a gyűlölet, a szeretet modelljei, a halál, a születés képzete. A világos sötét ellentétpár élménypercepciója is ide sorolható.

Ezek a kollektív tudattalan képek beavatkoznak az egyén döntéseibe. Különösen a krízis helyzetek megoldásában segítségünkre lehetnek az archetípusok jelentését hordozó szimbólumok. Energiával rendelkeznek és a hozzájuk való viszonyunk függvényében válnak építő vagy romboló erőkké. Az egyedfejlődés során energiájuk a fejlődés szolgálatába állítható. Pszichés tartalékaink közé tartoznak.

A fejlődés csak akkor következik be, ha minden életkorban hagyjuk kibontakozni az éppen aktuális archetípusokat. Ezek az illető életperiódus fő feladataira fognak rámutatni, megoldási modelleket nyújtva.

A tranzakcióanalízis az emberi lélek működésében három szintet különít el: *a gyermek, a felnőtt és a szülő* működési módokat. Reagálásaink, életkorunktól függetlenül lehetnek gyermeki, felnőtt vagy szülői jellegűek. Megfelelő keveredésük és arányuk, a különböző helyzetekhez való megfeleltetésük biztosítja az adaptív viselkedést.
Az archetípusok szintjén ezeknek négy megfelelője van: a gyermek, a fiatal, a felnőtt és az öreg. Mindegyik működési szint szimbolikus tartalommal telített.

A *gyermek* archetípus a potenciális jövő, szimbólumai az őskezdet, a testet öltött lélek, a felkelő nap, de a földbe vetett mag is. Magában hordozza az omnipotencia érzését, az emberi szabadság lehetőségét, a vágyak birodalmát. A mitológiában szerepelő gyermeki lények csodálatos képességeikkel győzedelmeskednek a világon. A Káoszon úrrá levő rendet is szimbolizálhatják. (pl. Hórusz, "aki örökli Ozirisz hatalmát, így ő lett egész Egyiptom ura, vele kezdődött a jelenkor, mert utódai már földi királyok voltak." (Mediterrán mítoszok és mondák, Kriterion Kd. 1973). Képesek összebékíteni az ellentéteket, pl. Erósz, akiben még az őskezdetek egysége, az oszthatatlan féfi-nő jelleg is alakot nyer. Akárcsak a fizikai,

valós gyermek, lelkünk gyermeki oldala is bájt, örömet, harmóniát képes nyújtani. A gyermekként ábrázolt angyalok, a puttók is szoros kapcsolatban vannak a gyermekalak jelképes értelmével. Tőle származik a lázadás, de az intuíció és az alkotás is. Nyomon követhetjük lelkünknek ezt az attribútumát, meséink legkisebb vagy árva gyermekalakjainak szinte természetfölötti erejében is. *Jung* szerint a gyermek minden, ami védtelen, de istenien hatalmas is, jelentéktelennek tűnő kétséges kezdet, de a győzedelmes kibontakozás is. Hatalmas erőt képvisel, neki köszönhetjük rugalmasságunkat, frissességünket, alkalmazkodó képességünket, spontaneitásunkat és az örömkészségünket is. Ahhoz, hogy a gyermek archetípus bennünk működni tudjon, lelkünk gyermeki részét táplálni kell és anyáskodni fölötte. Odafigyelésre, megértésre van szüksége. Lelkünk gyermeki részét örökre meg kell őriznünk, csodálatos dolgokra csak így leszünk képesek.

A *fiatalság* archetípusa a próbatételek hős kiállása, a megküzdések sorozata. Ez az individualizációs folyamat heroikus szakasza. Ilyenkor aktiválódik lelkünkben a hős archetípusa. A hős próbatételek és beavatás útján nyeri el érettségét. Ezt a folyamatot illusztrálják a mesehősök kalandjai, akik különböző nehézségeket győznek le, hogy küldetésüket betölthessék. Fontos, hogy milyen értékre irányul a hős küzdelme, mert ettől függ, hogy milyen megoldásminták épülnek be személyiségünkbe. Torz minták interiorizációja esetén, amilyenek például a következmény nélküli agresszió, a kizárólagosan intellektuális küzdelem, a destruktív eszközök használata, az alkalmazkodó képesség károsodik.

A hősmítosz fontos lépcsőfok a psziché differenciálódásában. Maga a hős archetípus is több fázisú. Fejlődése az emberi személyiség fejlődésének egyes

szakaszait tárja elénk. Fő cél az ellentétek egyeztetése, az egyensúly megtalálása a nyugalom-dinamizmus, a szelídség-lázadás, az introverzió-extraverzió dimenzióiban. Az emberi természet két oldalát kell harmóniába hozni.

Miután a hős átment a beavató próbán és az élet érett fázisába lépett, a hősmítosz átadja helyét a fejlődés egy következő fázisával kapcsolatos archetípusnak.

A hős - sárkány harca, mint a mesék legkedveltebb próbatétele, tulajdonképpen a regresszív tendenciák fölötti győzelem jelképezi. A legtöb ember számára személyiségének negatív oldala rejtett marad, de amikor nehéz élethelyzetbe vagy új lehetőség elé kerül, az sárkányként állja útját. A hősnek tudatosítania kell, hogy az árnyék létezik és hogy ebből kell erőt meritsen. Ha a hős le akarja győzni a sárkányt, vagyis azt, ami benne ellene dolgozik, ki kell egyeznie saját destruktiv erőivel, asszimilálnia kell az árnyékot, erőt kell meritenie önmaga rejtett oldalából. Miután az ember legyőzte önmagát, ki kell békülnie önmagával. Ez minden ember személyiségfejlődésének egyik alapfeltétele.

A hős alakja olyan szimbolikus eszköz, amely segítségével az én a korai gyermekkor szülőképe által kiváltott archetípusoktól magát elkülöníti. A gyermekkor világával történő szakítás az eredeti szülői archetípus sérüléséhez vezet. A serdüléstől a felnőttségig a kortárscsoport pótolja a sérült archetípust és második szülővé válik. A törzsi közösségekben ezt a folyamatot a beavatási szertartás hivatott megoldani. A beavatás során felkészítést nyernek a felnőttségre, pl. a nőnek fel kell adnia hős maszkulinitását, önalávetőbb kell legyen. Ezt a jelenséget a mesékben is nyomon követhetjük. A Szép és a bestia című mesében például, a lány megfeledkezve a szörny csúfságáról szolgálja őt, felfedezi, ami a tökéletlen állati

forma mögött rejtőzik és vállalja a szerelmet. Az apjával való érzelmi kötődéstől meg kell szabadulnia, fel kell adja apjába vetett naiv bizalmát. A serdülő, érzelmeit teljes polaritásukban kell tudja megélni.

A mi társadalmunkban a beavatás archetípusa szintén erőteljesen működik, de módja rejtetté vált és így nem tud a fiatal fölkészülni rá, könnyen belepusztulhat, ha nem is testileg, de lelkileg. A felnőttek világába való beavatását az alkoholon és más pszichoaktív szeren keresztül próbálhatja megélni. A felnőttségtől, a többlet kihívástól való félelmet és a meg nem felelés érzéséből származó aggodalmat is lehet kábulatba fordítani.

Minden fejlődési fázisban megismétlődik az ősvalónk és az ego követelései között meghúzódó eredeti konfliktus. A régi identitás fel kell darabolódjon a kollektív tudattalanban és ebből egy új strukturálódással újjá kell születnie.

A serdülő küzdelmeinek köszönhetően a külső, tárgyi kontroll belső szellemi kontrollá alakul. Előbb kint kell győzni, majd belül, új identitásba ötvözve a személyes múltat, jelent és a jövőre vonatkozó törekvéseket. A győzelem kivívására, a személyiség újra harmonizálására, azonban nem sok modellt kapnak napjaink fiataljai.

A jó megoldás feltételezi a tudatosságot, a pontos felismerést, döntést, az elhatározást, hogy lépni kell, a vállalkozást a megoldás keresésére, a lehetőségek megtalálását, válogatást, a következmény mérlegelését, majd a megelégedést, hogy a helyzet jobb, mint előtte volt.

Az értékirányultság dönti el a fejlődés, érlelődés eredményességét, ezért a fiatal másik nagy feladata az értékek között való eligazodni tudás. Napjainkban nincs minta a "kincskeresésre" , sem arra, hogy hogyan kell megoldani a kor kihívásait. Ehhez "mestert" kell találni,

tudni kell tanítványnak lenni, felismerve a követendőt. Egy keleti mondás szerint, „ha a tanítvány megérett a mester megjelenik". A mesékben is felnőttek bizzák meg a hőst valamilyen érték, például életvize megtalálására, a sárkány megölésére, az aranyalma megszerzésére... Az értékek természetesen készen nem adhatók át, szükség van rá, hogy mindenki magának újrafogalmazza, egyéniesítse őket.

A fiatal, a „királyfi" az, akinek szánták az örökséget, amennyiben a próbatételeken keresztül megvalósítja a szintézist és méltó lesz az utódllásra. A lehetőségek megtalálása az élet uralását, kézben tartását jelentik. Ez mindenki szabadságharca egy-egy sajátos úton. Az egészséges fejlődés érdekében erre lehetőséget kell adni a fiatalnak. Segít az otthoni "feltariszнyálás". Az interiorizált értékek a gyökereket jelentik és a folytonosságot szolgálják. Belső harmónia esetén képes megosztani "a pogácsát", az otthoni sémát kint is alkalmazni tudja, birodalmát saját erőiből építgeti, és nincs állandó elváró helyzetben. Az a fiatal, akinek lehetősége van arra, hogy életre keljen benne a hős archetípusa és beteljesítse saját sorsát, eljut a felnőttségig.

A felnőtt archetípusa önmagán túli dolgok megvalósítója. Feladata a birodalom kiteljesítése, a gondoskodás. Ráutaló kultúrtörténeti szimbólumok: Veronika kendője, amely letörli az izzadságot; Noé bárkája, az építő, átmentő; a mesebeli vadász, aki észreveszi, hogy valami nincs rendben és felvágja vagy kivágja, behatárolja, feltárja, tehát megoldja a helyzeteket. A felnőtt vállára veszi az élet terheit: fogamzás, terhesség, szülés és átmenti az életet. Egyengeti, előkészíti az utat (Keresztelő szent János) és, ha kell áldozatokra is képes (Ábrahám), hogy kiteljesedhessen.

A felnőtt személyiség kiteljesedésének feltétele az emberi lélek ellentéteinek egyeztetése is, az anima - animusz archetípusok összebékítése.

Az anima, a férfi psziché feminin tendenciáinak megnyilvánulása, belőle születik az erotikus fantázia is. Fejlődési fázisai a következő női szimbólumokkal fejezhetők ki:

- *Éva* biológiai ösztönökhöz kapcsolódik;
- Faust *Helénája* romantikus és esztétikai szintet képvisel szexuális elemekkel;
- *Szűz Mária* a szerelmet a spirituális rajongás szintjéig emeli;
- Salamon Énekéből *Szulamit* vagy da Vinci *Mona Lisája* a bölcsesség, a tisztaság és a szentség megtestesítője.

Az anima üzenetének megtagadása a férfi lelkét is sivárrá teszi. Beépítve intuíciót, szeretet és kapcsolódás képességet eredményez számára.

Az animusz, a nőben rejtőző maszkulinitás. Jelentkezhet mint racionális elem, pl. mint meggyőződés. Ha túlnövi magát, elszakítja a nőt a valóságos férfiaktól. Durvaságot, önfejűséget, az érzelmek passzivitását, bénultságot eredményezhet. Asszimilálva a kreativitás eleme is lehet, kezdeményezést, bátorságot, objektivitást, szellemi bölcsességet kölcsönözve a nőnek.

Fejlődése szintén a fokozatos kiteljesedés felé tart:

- kezdetben a fizikai erő megszemélyesítője,
- majd a kezdeményezés, a tudás,
- végül a gondolkodás, az értelem megtestesítője.

Az animusz biztosítja az ellentmondásos helyzetek adekvát felismerését, a szükséges kezdeményező és a cselekvő készség aktiválódását.

Ennek a szintézisnek eredményeként az érett férfi és női lélek az énfejlődés utolsó szakaszába lép. A hangsúly a szellemi énre kerül, meghaladva az énfejlődés testi és szociális szakaszait.

Az *öregség* archetípusa ellentéte az omnipotenciának, belátja korlátait, nem akar már mindent tudni és minden áron győzni. Türelem jellemzi, "majd megkapom, ami engem illet", véli minden sürgetettség nélkül. Beérik az adni tudás: mit, mikor, hogyan adhatok, azzal a meggyőződéssel, hogy én sem károsodom. Szimbólumai: a hegyi vezető, aki figyelmeztet a veszélyre; az éjszakai vezető és ikkantó, aki segít, hogy betájolhassa magát a fiatal; a Mikulás, remény a reménytelenségben, aki magvas dolgokat ad). Ebben az életszakaszban beérik az önátadás, az önző célok nélküli belső szabadság. Bölcsesség, integráló képesség, különbségtevés jellemzi, a jog és az igazság megtalálója, őrzője, nem engedi a heves egyoldalúságot. A kölcsönös elfogadás és tisztelet szószólója. Lehetőségeket ad és nem mások helyett oldja meg a dolgokat.

A beteljesült individualizáció megváltoztatja a személy kapcsolatait és hozzásegít ősvalónk megtalálásához, ami életünk legalapvetőbb misztériumának kifejezője. Ez annak a belső forrásnak a megtalálását feltételezi, amelyből lelkünk erőit meríti. Megtalálása izgalmas belső kaland, a szimbólumokkal megragadható archetípusok megértését jelenti. Ez a munka az egonak megújulási lehetőséget hoz. Ha az ember megéli lelkének ősi tartalmait, élete gazdagabbá válik. A lelkünkben rejlő nagy lehetőség, hogy találkozunk a nagy Ő-vel, az óceáni érzéssel, így a totalitás részeként egésznek élhetjük meg magunkat. Az Ősvalónkkal való találkozás azt jelenti, hogy megtaláltuk életünk értelmét, hogy énünk a testi, a szociális szakaszokon át a szellemi-én fázisába jutott, amikor már önmagából is képes

új tartalékokat meríteni. Így szükségtelenné válik, hogy a beteljesülést illuzórikus módon, a drogok okozta kábulatban keressük.

A belső építkezés eredménye az emberi ideált megtestesítő „ Szfinx mítosz" –ban ölt testet [1]. A Szfinx azt szimbolizálja, amire a testileg – lelkileg egészséges embernek törekednie kell:

BIKALÁBÚ: A bika a legtermékenyebb, legerősebb állat, szilárdan áll a világban. (Ez a Szfinx lába.) A láb érintkezik a talajjal és benne van a földi valóságban. Az ember első feladata, hogy bika lábakkal tudjon megállni a realitásban. Ez az első megoldandó rejtély az életben. Magabiztosságot, határozottságot, stabilitást, életerőt jelent. A láb stabilitása azért fontos, mert rajta állunk és megyünk, neki köszönhető a mozgás, a haladás.

OROSZLÁNTESTŰ: A test az, ami látható, megnyilvánuló. Oroszlánnak kell lenni a szerepeinkben, a mindennapi megoldásainkban, a viselkedésünkben, a megjelenésünkben. Ezt az oroszlán jelleget kell megvalósítanunk, hogy urai legyünk a helyzeteknek, szabályozhassuk viselkedésünket, legyőzhessük a saját gyengéinket.

SASSZÁRNYÚ: a kezek, a vállak területén vannak a szárnyak. A magunkra vett vállalásokat, a terheket szimbolizálják. A vállalások akkor mutatnak igazi, emberi fejlődést, hogyha emelkedésre szolgálnak. A jó fejlődést, a jól vállalt terheket jelölik. A vállainkra vett terhek oly magasra kell emeljenek mint a sasok, melyek a legmagasabbra emelkednek és a legélesebb látásúak. A tetteink tehát, oly magasra kell emeljenek mint sast szárnyai.

---

[1] Szőnyi Magda: a II. Relaxációs Kongresszuson elhangzott előadás nyomán (Bp., 1997 szept.)

EMBERARC: a Szfinx-nek, ennek a tetramorf lénynek a betetőzése. Fontos, hogy az arc, mely a szellemiséget, az egyéniséget, fejezi ki személyes legyen, egyedi, egyéni mint az ember maga.

Ha ezt a négy elemet integrálni tudja a személy, megfejtette az ember rejtélyét, közelebb lépett önmaga szimbolikus megértéséhez és így, belső erőforrásaiból merítve nézhet elébe a mindennapok kihívásainak.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

2. Az elégtelen tárgykapcsolatok következményei a személyiségfejlődésben. Analitikus megközelítés.

Környezetünkkel és társainkkal való kapcsolataink bizonyos vonásait beépítjük önmagunkba. A külvilághoz és önmagunkhoz való viszonyulásunkat pedig a már meglevő belső kapcsolataink irányítják. A kapcsolatok asszimilálása és projekciója állandóan zajlik, amíg egészségesek vagyunk. Így, az internalizáció-externalizációnak köszönhetően alakul ki a stabil identitás vagy *self, azaz a tudatos és tudattalan lelki reprezentációk összessége, a belső képzet önmagunkról.* Selfünk kialakulása a differenciálatlan állapotból fokozatosan alakul ki, a rólunk való gondoskodás függvényében. Önmagunkat és problémáinkat annak mértékében tudjuk elfogadni és tudunk törődni velük, amennyi megerősítő gondoskodásból gazdálkodhatunk. Csak ha elég erősek vagyunk, tudjuk gyengeségeinket és vágyainkat, mint sajátunkat kezelni.

A tárgykapcsolat az ember szubjektív kapcsolatmódját jelenti a világhoz. Ez a kapcsolat a személyiség bizonyos szerveződésének, a tárgyak többé-kevésbé fantáziált megragadásának és bizonyos kitüntetett elhárítástípusoknak a komplex és totális eredményét tükrözi. Az én a külvilág tárgyaiból alkotja meg önmagát, lemintázva azt a kapcsolatrendszert, amelyben az egyén él és fejlődik. A tárgy ebben az értelemben minden, amit emocionális energiával szállunk meg, „ szeretett vagy gyűlölt személyt, helyet, dolgot vagy fantáziát jelent". (19. 11old.)

A különböző lelki zavarokat belső tárgykapcsolati mintákhoz lehet kötni.

A tárgy fogalmát a pszichoanalízisben három fő szempont alapján vizsgáljuk:

a. az ösztönnel kapcsolatban, mely által az ösztöntörekvés megkísérli a kielégülést elérni, egy személy, részlettárgy, valóságos vagy képzeletbeli tárgy által.

b. a szeretettel-gyűlölettel összefüggésben, ebben az esetben a kapcsolat a teljes személy és egy totalitásként észlelt személy, entitás, ideál között jön létre.

c. a tárgy, az individuumok vágyaitól és vélekedéseitől függetlenül rögzült és állandó tulajdonságokkal rendelkező entitás. *(J.Laplanche-J.Pontalis*, A pszichoanalízis szótára, Akadémia kd. Bp. 1994)

A tárgykapcsolat elmélet első képviselője *M. Klein*. Szerinte a tárgykapcsolat a *self* és a *külső vagy belső tárgyak* kölcsönhatása. A belső tárgyak kapcsolataink bizonyos vonásainak beépüléséből jönnek létre, ezek önmagunk részévé válnak és selfünket hozzák létre. Olyan „ lelki reprezentáció- képzet, eszme, fantázia, érzés vagy emlék, amely egy másik emberre vonatkozik. A külső tárgy pedig maga az aktuális személy vagy dolog." (19. 11 old.)

Belső világunk azon tárgyak lelki reprezentációjából épül fel, amelyeket emocionális energiával (szeretet-gyűlölet) szállunk meg. Az első és legfontosabb internalizált targyunk az anya. Ekkor én-határok nélküli szimbiotikus élményt élünk meg. Ez az érzés később is megjelenhet: narkózisban, meditációban, orgazmusban, stb. Ilyenkor melegséget, békességet, megértettséget, az idő lelassulását, a tér valószínűtlenségét tapasztaljuk.

A tárgykapcsolat elmélet környezetünkkel való kapcsolataink fontosságát hangsúlyozza a belső épülés

szempontjából. Selfünket folyamatosan viszonyítjuk a külső tárgyakhoz, ha erre nincs lehetőség, nincs self és nincs stabil realitás érzék sem.

Az egyedfejlődés során a tárgyakat hamarább különböztetjük meg egymástól, mint ahogy saját selfünket meg tudnánk különböztetni környezetünktől. Selfünket a saját személyünkre vonatkozó érzésként, képzet vagy fantáziaként éljük meg. A testünk érzékelése is self reprezentáció. Minden ami "én vagyok" a selfet jelzi. " (19. 15. old.) Egész magatartásunk, cselekvéseink, viszonyulásaink a selfünkről beszél.

Személyiségünkben a self és tárgy reprezentációk belső egységet alkotnak, kötőelemük az affektus vagy az ösztön, ezt nevezzük tárgykapcsolati egységnek.

A tárgykapcsolat magába foglalja az ember valódi kapcsolatrendszerét, azt a módot, ahogy tárgyait létrehozza és azt is, ahogy azok hatnak az ő működésére. A tárgykapcsolat fejlődése és az ezzel járó védekezési módok, valamint az énszerkezet összefonódnak, így meghatározzák magát a személyiségfejlődést. Minősége befolyásolja, a viselkedésben exteriorizálódva az adaptációs készségünket.

M. Klein hívta fel a figyelmet arra, hogy az ösztönök működése objektumokhoz való viszonyokban manifesztálódik és, hogy a későbbi emberi kapcsolatok alapjait a korai tárgykapcsolatok jellegzetességei határozzák meg. A tárgykapcsolatok az ember érzelmi életének középpontját jelentik. A tárgykapcsolat elmélet szempontjából, *Klein* az anyára vetülő projekciókat tartja elsődlegesnek. (Szemben áll *Anna Freud* libidófejlődés elméletével).

A téma sokrétűségére való tekintettel, sok más elméleti és gyakorlati kérdést mellőzve, a tárgykapcsolatok személyiségfejlődésre gyakorolt hatását *O. Kernberg*

modelljén keresztül mutatjuk be. (E koncepció számos vitatható pontot tartalmaz, de a klinikai gyakorlatban jelentős segítséget nyújt a személyiségfejlődés alakulásának megértésében.)

A modell alaptézise, hogy a pszichés struktúrák kialakulása a korai tárgykapcsolatok internalizálása mentén történik. Már születéstől kezdve, a külvilágról alkotott elképzelésünk az emberi kapcsolatok közvetítésével jön létre. A szubjektum és objektum közötti elemi kapcsolathoz elemi affektus társul. Az affektus az öröm és a kín pozitív, illetve negatív dimenziójában mozog. Az internalizálódás során az objektum, a szubjektum és az affektus egységes emléknyomként tárolódik.

Az affektív emlék mindig három komponenst tartalmaz:

1. szubjektív komponens, mely a későbbiek során a belső világot, a Self-et jelenti (S);
2. a tárgykomponens, mely a későbbiekben összeáll a külső világ személyeiről, a szeretett objektumairól alkotott elképzeléssé (O);
3. az affekt komponens, mely jó-rossz, vagyis negatív-pozitív értéket jelent (A+, A-).

A pszichés fejlődésben a következő fázisokat különíti el:

Az *első fázis* a normál autizmus, mely az élet első hónapját jellemzi. A külvilággal való kapcsolatról fokozatosan primitív emlékek képződnek, melyek az azonos affektív színezet szerint egymásra épülnek. Ekkor még a külső és belső világ nem különült el, az énfejlődés nem indult még el.

A *második fázisban*, a normál szimbiózis időszakában megindul a "csak jó", "csak rossz" selfobjektek differenciálódása, aminek során a selfobjekten belül a self és

az objekt eltávolodik. A kezdetleges én a pozitív színezetű selfobjektképekből alakul. A negatív színezetű selfobjekt képeket a kezdetleges én kívülre vetíti-proiciálja. A differenciálódás során megjelenő feszültségek az én-ben regresszív módon a self és az objektképek újraegyesüléséhez vezethetnek. Ez a folyamat a pszichotikus identifikáció elhárító mechanizmusának felel meg: a külső és belső világ határai elmosódnak. Ez a differenciáció az élet VI. -VIII. hónapjára zárul le.

A *harmadik fázisban* a differenciálódás eredményeképpen, az egymástól elkülönült self, illetőleg objektképek internalizálódnak, melyeket résztárgyaknak, és rész-selfeknek nevezünk. Affektív színezetük erősen pozitív, "csak jó", vagy erősen negatív, "csak rossz". A részképzetek fokozatos integrálódásának eredménye az ambivalens self és objektképek, amelyek között kialakult kapcsolat emléke válik belsővé. A résztárgyak integrálása nehézségbe ütközhet, ha túl erőteljes és negatív az affekt töltése. Ilyenkor az integrációs képesség hiányából származó self, illetőleg objektképek feldarabolása, a hasítás, elhárító mechanizmusként jelentkezik. A hasítás és a vele kapcsolatos elhárítások, mint pl. a projekció, a projektív identifikáció, az idealizálás, az omnipotencia és a primitív tagadás következtében az énhatárok nem körvonalazódhatnak.

A *negyedik fázis*, a már integrált self és objektképzeteket tartalmazó tárgykapcsolatok belsővé tétele után, az intrapszichés struktúrák kialakulásának kezdetét jelenti. Az énhatárok megszilárdulnak és megindul a felettes én kialakulása. Az én számára elfogadhatatlan emlékképek a felejtés során elkülönülnek az én-struktúráktól, a tudattalanba süllyednek és az ösztön-ént képezik.

A neurotikus tünetképződés a tudattalan ösztöntartalmak és az én elhárító működése közötti kompromisszumként érthető meg.

Az én- struktúrák kialakulása az 5.- 6. életévig zajlik. Az énidentitás és a világ reális tükrözése a serdülőkor végére alakul ki.

Az *ötödik fázis* a felettes-én és az énstruktúra további érését, az énhatárok végleges megszilárdulását, a felettes-én és az ösztönén követelményeinek fokozott beépülését jelenti a személyiségbe, mely lényegében a felnőtt életen... végighúzódik a halálig.

Az internalizált tárgykapcsolatokban megjelenő self és objektképzetek minősége, az intrapszichés feszültségek csökkentését szolgáló elhárító mechanizmusok jellege, az énstruktúrák és az énhatárok kialakulása kölcsönösen egymástól függő tényezők, miként a felvázolt fejlődési modellben látható.

A pszichotikus állapotokban a korai énfejlődésben történő torzulás, fixáció tárható fel, az én regressziója során a külső és belső világ határai elmosódnak. A neurotikus személyiség eljut az énstruktúrák kialakulásáig, de énhatárainak fenntartásához erőteljesebben kell az elfojtást és a többi érett elhárítást alkalmaznia. A borderline személyiség sajátosságai a harmadik fázisban történt fixációból, illetve erre a fázisra történő regresszióból érthetők meg. A személyiségpatológiákban fellelhetők az elégtelen tárgykapcsolatok következményei és alapul szolgálhatnak a szenvedélybetegségek kialakulásának.

BCU IAŞI

II. SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK

1. Függőség, addikció, tolerancia. [2]

Az emberek nagy többsége naponta fogyaszt alkoholt, szed gyógyszereket, de ez nem minden esetben jelent visszaélést. „ Visszaélésről szoktunk beszélni, ha valamit társadalmi tilalom vagy erkölcsi megítélés ellenére fogyasztunk vagy teszünk, csak a kellemes hatás miatt, vagy ha ennek érdekében nem *rendeltetésszerűen* nyúlunk hozzá." (12. 13 old.) Az alkalomszerű használat és a mértékletesség nem jelent rendellenességet. A használat és a visszaélés megkülönböztetése tekintetében nincs konszenzus a szakirodalomban. Mi az American Psychiatric Association (APA) álláspontját fogadjuk el, amely különbséget tesz a **használat és a visszaélés (abúzus)** között. Az általa kiadott Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R) „ a visszaélést pszichoaktív anyagok annak ellenére történő folyamatos használataként definiálja, hogy a személy társadalmi, szakmai, pszichológiai vagy fizikai problémákkal küzd; olyan helyzetekben való ismételt használatként, amelyekben a használat fizikailag veszélyes, pl. intoxikált állapotban való vezetés; és a zavar legalább egy hónapja fennáll". (42. 43 old.)

---

[2] A definiciókat a Rácz J. által összeállított Addiktológiai szöveggyűjteményre támaszkodva közöljük. (lásd. 42.)

Az APA a szerfüggőséget a következő kilenc jellemző közül legalább háromnak a fennállásával definiálja:

- A szert hosszabb időn át nagyobb adagban szedi, mint szeretné.
- Állandó vágy, egy vagy több sikertelen leszokási, vagy kontroll alatt tartási kísérlet.
- Sok időt tölt azzal, hogy hozzájusson a szerhez, bevegye azt, vagy felgyógyuljon a hatásából.
- Gyakori intoxikáció vagy elvonási tünetek a kötelesség teljesítés főbb helyein, pl.a munkahelyen, otthon vagy olyan esetben, amikor az anyag használata fizikailag veszélyes.
- Fontos szociális, foglalkozásbeli vagy rekreációs tevékenységek feladása vagy csökkentése a szerhasználat következményeként.
- Folyamatos szerhasználat annak ellenére, hogy tudatában van olyan fennálló vagy visszatérő szociális, pszichológiai vagy fizikai problémának, amit a szerhasználat okoz vagy fokoz.
- Megemelkedett tolerancia, határozottan emelt adagra van szüksége a szerből ahhoz, hogy elérje az intoxikációt vagy a kívánt hatást, vagy a szer azonos mennyiségének használata határozottan csökkenő hatással jár.
- Jellegzetes elvonási tünetek.
- A szert gyakran használja azért, hogy enyhítse vagy elkerülje az elvonási tüneteket.

„ A szerfüggőség, ami az enyhétől a súlyosig terjedhet, valamilyen kémiai anyag kényszeres használatára utal, ami a hátrányos és káros következmények ellenére sem csökken. „ (42. 44 old.)

A szakirodalom az alkoholizmust és a drogaddikciót szerfüggőségnek nevezi, mindkettő „a személy szociális, fizikai és mentális státuszának progresszív hanyatlását idézi

elő". (42. 44old.) Még pontosabban, különbséget tesznek az alkohollal és más szedativum-hipnotikummal való visszaélés, és a heroin, marihuána, amfetaminokkal való abúzus megnevezése között. Előbbit „kémiai dependencia", utóbbit „drogvisszaélés", „szervisszaélés", vagy „függőség" fogalmakkal illetnek.

Az alkoholizmus és drogaddikció közötti választóvonal mind a folyamatot mind pedig a kezelést illetően egyre jobban elmosódik. Ennek megfelelően a terminológia is változik: az „ alkohol és más szervisszaélés" illetve „ pszichoaktív szerhasználat rendellenesség" kifejezések lettek használatosak. A **drogaddikció és a szerfüggőség** kifejezések szinonimák. Az addikció kísérlet arra, hogy egyes szükségleteinket azoknak a magatartásformáknak a megkerülésével elégítsük ki, melyek természetes módon kielégítésükhöz vezetnének. Olyan belső kényszer, mely arra sarkallja az embert, hogy bizonyos ingerekkel vagy reakciókkal örömérzetet vagy ennek megfelelő állapotot idézzen elő magában, illetve rosszkedvét elűzze. A hozzászokás a visszaéléssel kezdődik. Ilyenkor használja a hétköznapi nyelv a könnyelműség, felelőtlenség és meggondolatlanság jelzőket. Önkontroll hiányt jelent. A személy tudatosan juttat a szervezetbe kémiai szereket a kívánt feszültségmentes állapot elérése céljából. A bevitt anyagok valamelyik ösztönnel vagy szükséglettel függnek össze, ezt elégítik ki, vagy a képességeket, a teljesítményt fokozhatják.

A hozzászokás, a szenvedély kialakulásának alaptörvénye, a „ túlzásba vitel " – nek köszönhető. „ Hozzászokni vagy kötődni ahhoz lehet igazán, ami jó. Az ember számára jó, ami örömet okoz, kielégülést ad vagy megszüntet valamilyen kellemetlen érzést (fájdalmat, szorongást, feszültséget), kellemes izgalmat vált ki, vagy

éppen újszerű élményt kelt."(12 12 old.) Ennek a természetes igénynek mesterséges kielégítésére szolgál a függőséghez vezető pszichoaktív szerhasználat.

A függőség, mint természetes pszichológiai folyamat, minden egyén életében jelen levő kapcsolat. A mindennapokban *normális*, átmeneti függőségek alakulhatnak ki. A gyermek anyjához fűződő kapcsolata fiziológiás függőség és szükségszerű, mert a védelmező, gondoskodó anya nélkül a csecsemő elpusztulna. Ezzel kapcsolatosan beszél *Herman Imre* megkapaszkodási ösztönről, *Mahler* " anya- gyermek szimbiózisról". Az " elég jó anyaság" (*Winnicott*) esetében a megkapaszkodás igénye csökken, a függőség oldódik. Ehhez ki kell alakuljon az " ősbizalom" (*Erikson).*

Bowlby szerint a ragaszkodó magatartás az ember ösztönös világának normális része. Betegség, baj, félelem ... esetén később is kiváltódhat. Megjelölésére nem szereti a függőség szót. *Freud* sem használja ezt a fogalmat, de a jelenséget a magatehetetlenségnek, kiszolgáltatottságnak tulajdonítja.

A normális függőségben *Coen* a flexibilitást tartja lényegesnek. Következtében az ember el tudja magát engedni, önmaga tud lenni. Az én fejlődésében az autonóm működések kialakulásával a megkapaszkodás szerepe csökken. Az autonómia belső szabadságot nyújt, a döntések szabadságát és biztonságát. Ez a belső szabadság az egészség feltétele, egyaránt lehetővé teszi az elengedettség és a feszültség elviselését külső megkapaszkodás nélkül.

A *patológiás* függőség megoldatlan szeparáció, individualizáció, elfojtott indulatok, agresszív konfliktusok nyomán keletkezik. A személy konfliktusait valami másra ruházza és attól válik függővé, pl. alkohol, drog, munka.... A patológiás függőség neurózisokban, borderline

betegeknél, szenvedélybetegségekben, szadomazochisztikus és perverz esetekben nyilvánul meg.

A drogfüggőség az Egészségügyi Világszervezet (WHO) értelmezése szerint az individuum, a drog és a társadalom közötti interakció eredménye. (Erre az összefüggésre a későbbiek során vissza fogok térni.)

Hárdi I. [3]a függőség lelki mechanizmusának elemeit a következőkben jelöli meg:

- **függesztő**, lehet személy vagy szer. A függő egyének projektív identifikáció segítségével a függesztő személyre vetítik ki a mindenhatósági vagy a védelmi igényeiket tartalmazó fantáziáikat.
- **függőség,** élménybeli magatartási rész. Ezt valamilyen szükséglet hozza létre, pl. védelem, vezetés, szexualitás... Bizonyos intenzitással hat és negatív érzelmi kísérői is vannak.
- **függő**, maga az egyén (normál vagy patológiás)
- **helyzet,** melyben létrejön és fennmarad a függőség.

A függőség fokozatokban alakul ki, először *a lelki függőség* jelentkezik: „ a drognak a szervezetbe jutása nyomán kellemes közérzet és a drog ismételt élvezete utáni vágyakozás alakul ki, ami a drog ismételt és rendszeres szedésére sarkalló pszichés kényszert eredményez".(56. 12old.) Ezután a *testi függőség* kerít birtokába, ami abban áll, hogy " a drog többszöri fogyasztását követően a szervezet toleranciát tanúsít hatásával szemben, ami lehetővé teszi az adag növelését és megvonási tüneteket idéz elő a drogfogyasztás szüneteltetése esetén." (56. 12 old.)

A hozzászokás azzal jár, hogy az egyén egyre jobban elviseli a szert, testileg – lelkileg toleránssá válik vele szemben.

---

[3] in Tudományos előadások 1992-93, Függőség, tárgykapcsolat, viszontáttétel, Flaskay Gábor szerk., MPE., Bp., 1994.

A szerfüggőséget a WHO három kritérium alapján határozza meg: tolerancia kialakulása, adagnövelés és elvonási tünet. Magyarázatra szorul a tolerancia és az elvonási tünet fogalma. Utóbbira később visszatérünk.

Tolerancia vagy *megszokás* akkor alakul ki, ha már a szokásos adag nem képes a megszokott hatást kiváltani. „ A kialakult tolerancia nagy veszélyt jelent, mert a rövid távon észrevétlen testi és lelki károsodások később jóval erősebben érvényesülhetnek. A belső átrendeződésben megnő az adott kielégülésfajta é éke és erősebb esz a kielégülés iránti igény, szükségiet. „ (1.. 12 old.) A kielégülés vagy a kín megszűnése azonban csak egyre nagyobb adag által érhető el. Ha a függő egyén nem elégítette ki szenvedélyét, a szenvedély tárgya iránti igény elviselhetetlen erővel fog rátörni, un. hiánytüneteket okozva. Már csak a szer segítségével tartható fenn a belső egyensúly, hiányában elvonási tünet alakul ki. A kémiai szerek esetében a hiánytünetek anyagcserezavarokból erednek és ezért orvosi beavatkozást igényelnek.

Az Egészségügyi Világszervezet kidolgozta a függőségek tipológiáját is. Megjegyzendő, hogy nem minden drogfogyasztást tekint deviáns magatartásnak. Különbséget tesz a legális és illegális drogok között:

- legálisak az *alkohol*, a *gyógyszerek*, amelyek a barbiturát/alkohol típusú függőséget okozzák, valamint *a nikotin*;
- illegális szerek az *ópium, morfin, heroin*, amelyek a morfin típusú függőséget okozzák; a *serkentőszerek*, amelyek az amfetamin-khat típusú függőséget idézik elő; a *kokain*, a kokain típusú függőséget eredményezi; a *hasis, a marihuána* a cannabis típusú függőséget hozza létre; valamint a hallucinogének: *LSD, STP, DOM, meszkalin* okozta függőség.

A fentiekben az anyaghoz kötődő addikciókról szóltunk. Ezeket az anyagokat az Egészségügyi Világszervezet drognak nevezi. Drog minden olyan anyag, amely „ képes az élő szervezet egy vagy több funkcióját módosítani. " (56. 9 old.) Elsősorban a központi idegrendszer működését befolyásolják. Drognak tekinthető bármilyen szer, akár alkalmazzák a törvényes orvosi gyakorlatban, akár nem, amelynek túlzott fogyasztása nem gyógyászati célt szolgál. Léteznek azonban nem anyaggal összefüggő addikciók is, mint pl. a munka-, a játék-, a gyűjtő- és más szenvedélyek.

Az addikciót kiváltó szerek hatásmechanizmusa alapján *Buda Béla* a következő osztályozást adja:

- Boldogságérzés: a morfin és a heroin fő hatása.
- Szorongásoldás: az alkohol, a kokain, a hasis, a nikotin hatása.
- Gátlásoldás: alkohol, a khat cserjéje, gombák kivonatai, szerves oldószerek, cannabis, kokain idézi elő.
- Örömérzet: morfin származékok és a kokain következménye.
- Révület, hallucinációk a tudat kitágulása által.
- Élénkítés: amfetaminszármazékok, koffein, khat, pl. a „speedball", a kokain és a heroin keverékek okozata.
- Izgalom: veszélykeresés, szerencsejátékok, sport eredménye.
- Ösztönkielégülés: pl. evés révén.
- Nem specifikus hatások: közösséghez való tartozás vagy a „felnőttesség" fokozott megélése.
- *Utóhatás:* álmosság, érdektelenség...(12. 41-47 old.)

2. Alkohológiai alapismeretek

Az alkohol a legnépszerűbb szenvedélykeltő anyag, a társas együttlétek kelléke, egyaránt jellemzi a jólétet és a szegénységet. Az ivás évszázados problémája az emberi közösségeknek. Koronként, társadalmanként sajátos a kultúrtörténete és a következménye. A fogyasztás dinamikáját közvetlenül befolyásolják egyrészt a gazdasági-politikai háttértényezők és intézkedése' (korlátozások vagy reklám), másrészt ezeknek a népességben kiváltódott szubjektív visszhangja. E tényezőktől függően időnként emelkedik az alkoholfogyasztás máskor csökken.

Az alkoholhoz való viszony szerint az egyének öt csoportját különböztetjük meg (*Kessel és Walton*, 1965) :

1. Alkoholos italt nem fogyasztók, absztinensek;
2. Szociális ivók, akik mérsékelten isznak, esetleg időnként italossá válnak.
3. Excesszív ivók, akiknek mértéktelensége az elfogyasztott italok mennyiségében, vagy a lerészegedés gyakoriságában nyilvánul meg. Többségük alkoholistává válik.
4. Alkoholisták, akik már függő viszonyba kerültek az alkohollal (addikció) és általában elvonási tüneteket mutatnak.
5. Krónikus alkoholisták, akik már testi-szellemi károsodást szenvedtek az alkoholtól.

A 2. szint nagyon szubjektív, hiszen az ivási szokások (patternek) mindig az adott közösségtől függnek.

Az évek során az alkoholizmust többféleképpen és több oldalról is próbálták definiálni. Mindegyiknek van hiányossága.

Felvállalva a definíció korlátait, az alkoholistát így határozhatjuk meg:" Alkoholistának tekintjük azt a beteget, aki szociális miliőjének egyedeitől eltérő módon, rendszeresen iszik, az alkohollal pszichikus vagy szomatikus függőségbe került és alkoholfogyasztása személyiségi, társadalmi, gazdasági vonatkozásban súlyosan károsítja." (31. 15 old.)

Az Egészségügyi Világszervezet (1951) meghatározása alapján az alkoholista "olyan személy, akinél az alkoholtól való függőség olyan fokot ért el, hogy az szellemi és testi funkcióiban észrevehető zavart okoz, akadályozza az emberközi kapcsolatok kialakulását, fenntartását és a hatékony gazdasági tevékenységet."

E. M. Jellinek 1940-ben írta körül az alkoholizmus kórképét, szerinte az ivás módja szerinti fázisok a következők:

- Nincs kontrollvesztés, nincs elvonási tünet;
- Az elvonási tünet miatt iszik, de kontrollvesztés nincs, az alkoholtolerancia csökkent;
- Van elvonási tünet és kontrollvesztés is;
- A kontrollvesztés miatt, ha inni kezd, csak teljes absztinenciával tudja megakadályozni a láncreakció elindulását;

Az alkoholtól való patológiás függés az alábbiak szerint is körülírható:

1. abnormális, patológiás ivási magatartás,
2. alkohol okozta testi és
3. pszichoszociális károk,
4. tolerancia fokozódás ill. elvonási tünetek, (testi függőség)
5. szubjektív síkon jelentkező elvonási tünetek, kontrollvesztés, fokozott vágy alkohol után, pszichikus függőség.

Az 1.-3. abúzus, a 4.-5. pedig alkohol függőség.

A függőség formáit *Jellinek* egymást követő típusokban jelölte meg:

- *Alfa-típus:* félelmeit, konfliktusait el tudja viselni. Pszichikai függőséghez vezet.
- *Beta-típus:* ivással alkalmazkodik környezetéhez, az alkohol a kapcsolatteremtés eszköze lesz, progresszív folyamattá válhat.
- *Gamma-típus:* ezzel kezdődik az alkohol betegség. Kialakul a fizikai függés is. Időleges absztinencia jellemzik.
- *Delta-típus*: komplex függőség, még időleges absztinencia is lehetetlen. A normális élethez egy bizonyos véralkohol szint szükséges. Részegségre utaló tünetek nincsenek az alkohol impregnáció következtében, betegségtudatuk sincs.
- *Epszilon-típus:* Napokig tartó iváskényszer, teljes kontrollvesztés, erős agresszivitás; kijózanodás után bűntudat. Az ivásnak itt szelep funkciója van. Kezelésre való motivációjuk kevés.

Az Egészségügyi Világszervezet az alkoholizmust a toxikomániák csoportjába sorolja az alábbi összefüggések miatt:

- hasonlóság az abúzusok eredete, kezelése és a nevelési koncepciók között;
- gyakori a kombinált fogyasztás, ill. átváltás az élvezeti szerek között;
- az alkoholizmus kutatása nagyobb múltú, ismertebb kórkép, és sok itt szerzett megállapítás vonatkoztatható más narkomániákra;
- az alkoholizmus betegségfogalma elfogadottabb, a narkomániát inkább rendészeti kérdésnek tekintik.

Tulajdonképpen az alkohol és a kábítószer egy bizonyos stádiumig ugyanabba az irányba hat. A drog azonban nem áll meg az agy kritikai központjának kikapcsolásánál, hanem " vitustáncra " készteti az agyat.

Az alkoholizmus elterjedését tekintve Nyugat-Európában a lakosság legalább 2%-a szenved az alkoholizmus súlyos stádiumában, 1995-ben közölt adatok szerint (12. 49 old.) A legtöbbet ivó országok Franciaország, Olaszország, Németország, ahol átlag 13-14 liter alkoholt fogyasztanak fejenként. Magyarországon 11 liter jut fejenként.

Hazai adatokra vonatkozóan, 1995-ben több mint 400 serdülőt (14-16 év között) kérdeztem meg szüleik alkoholfogyasztásának gyakoriságát illetően. (2. 39 old.) A 1.-es táblázat az apákra vonatkozó adatokat összegzi. Az értékek százalékban vannak kifejezve.

I. Táblázat

Az apák alkoholfogyasztási szokásai a serdülők megítélése alapján.

Környezet	Fogyasztás gyakorisága				
	soha	ritkán	hetente 1-2x	hetente 3-4x	rendszeresen
Falu	6.45	41.1	30.6	9.7	20.1
Kisváros	18.4	50.0	26.3	5.26	0
Megyeközpont	13.4	47.7	15.0	8.46	6.54

Az adatok csak tájékoztató jelleggel bírnak, mivel magukon viselik a gyermeki szubjektivitás jegyeit, a valóság megszépítésének igényét. Leginkább a kisvárosok esetében valótlan, hogy egyetlen gyermek apja sem iszik

rendszeresen. A falusi környezetben élő gyermekek megítélései tűnnek a legreálisabbnak. Szerintük az apák 30.6 %-a hetente, 20.1 %-a pedig rendszeresen fogyaszt alkoholt. A gyakori ivások a falusi életkörülmények megváltozásáról és az újraalkalmazkodás nehézségeiről is tanúskodnak.

Saját alkohol fogyasztásukat illetően (2. 62 old.) a serdülőkről elmondható, hogy az alkoholhoz való viszonyuk jelentős veszélyeztető tényezőnek tekinthető. Sok fiatal már a családban megtanulja, hogy a kellemes bódulat könnyen elérhető. Még szomorúbb az a tény, hogy a feszültség oldás legkézenfekvőbb eszközének tartják a családi szokások alapján. A felmérés adatait a 2-ös táblázat mutatja be.

II. TÁBLÁZAT

Serdülők alkoholfogyasztási szokásai.

Környezet	Fogyasztás gyakorisága				
	soha	ritkán	hetente 1-2x	hetente 3-4x	rendszeresen
Falu	82.7	15.8	0.7	0	0.7
Kisváros	70.0	27.5	2.5	0	0
Megyeközpont	76.9	21.5	0.77	0.38	0.38

Megjegyzendő, hogy a megkérdezett serdülők válaszai inkább az ideális tényállást, mint a reálist tükrözik. Az iskolák hétköznapjainak gyakorlata sokkal nagyobb méretűnek mutatja a diákok alkoholfogyasztását, amit a tanárok véleménye is megerősít.

2.1. Az alkoholizmus okai(etológiája)

Az alkoholizmus és más szenvedélyek egy bizonyos általános sebezhetőség talaján alakulnak ki. Magyarázatuk

interdiszciplináris megközelítést igényel és a multikauzalitás elfogadását.

Az alkohol látszatmegoldás, menekülés a valóság problémái elől. Az alkoholista egyidejűleg menekülő és áldozat. Az alkoholizmus komplex testi és lelki jelenség, kórtanában kimutatható a *biológiai*, *genetikai hajlamosító tényező*: a táplálkozási bajok; a B-vitamin hiány; a belső elválasztási zavarok; a mellékvese hibás működése; az allergiás hajlam; az agyi elváltozások. Azonban mind máig nem bizonyított tény, hogy ezek milyen százalékban jelentenek kiváltó okot, esetleg mennyiben következmények. A biológiai tényezőcsoport mellett nem elhanyagolható a *szociális minta* szerepe sem. Nagyon sok viselkedés módot, így az alkohollal való visszaélést is a családban, később a kortárscsoportban, majd felnőttként szűkebb környezetében sajátítja el az egyén. A *családban elszenvedett szocializációs zavarok* szintén jelen vannak a szerfüggő egyének életében. Ilyenek lehetnek a fizikai vagy szexuális bántalmazások, a szükségletek nem kielégítése, elhanyagolás vagy szülőktől való korai elszakadás.

A modern pszichoanalízis a nem kielégítő *tárgykapcsolatokra* és ennek következtében a nem megfelelő self integrációra hívja fel a figyelmet. Nem elhanyagolhatóak a *környezeti és kulturális* faktorok sem. Fontossá válnak ilyen szempontból az adott kultúrkörre jellemző ivási szokások, a szerek hozzáférhetősége, a társadalmi tehertételek, a tömegkommunikáció...

A *lélektani hajlamosító* tényezők is komoly veszélyeztető körülményt jelentenek. „ A nehéz gyermekkor, a szülők hiánya, a gyermekkori viselkedészavarok, a beilleszkedési nehézségek, a gyermekkori neurotikus tünetek, a karakterfejlődés zavarai, a gyermekkorban elszenvedett lelki sérülések (balesetek,

idült betegségek), a kisebbségi érzések, az önértékelési károsodások vagy az ilyenkor megjelenő fogyatékosságok (a figyelem összpontosításának képtelensége, tanulási zavarok, kommunikációs képtelenségek stb.) – a kutatások szerint mindezek összefüggnek a serdülőkori és fiatalkori kábítószer- fogyasztással vagy a felnőttkori alkoholizmussal." (12. 20 old.) *Buda Béla* a lélektani hajlamosságot mindig valamilyen örömhiányhoz kapcsolja, ami a szerhasználatban azonnali kielégítést nyer.

Alkoholistákat megkérdezve, italozásuk okát a következőkben vélték megtalálni: érzelmi bizonytalanság; egyedüllét elfelejtése; belső feszültség csökkenése; alvási zavarok megszüntetése; elégedetlenség oldása; kisebbrendűségi érzés legyőzése; felelősségérzet elviselése...

Gyökössy Endre (1992) az ismert pásztorálpszichológus a lélektani kiváltó okok közül az alábbiakat tartja a legfontosabbaknak:

1. Az alkohol oldja a lelki feszültségeket. A férfiak inkább külső hatásra, a nők belső, lelki feszültség miatt isznak.
2. A kábulatba menekülés igénye.
3. Egyre többen nem tudják feldolgozni a rájuk zúduló információkat (Ennek szimbolikus feldolgozása lehet a tv. melletti iszogatás ropival, ami a „ hireknek megrágását " jelentheti.)
4. Szociális tanulás: a családban el lehet tanulni különböző feszültségoldó technikákat, ilyen lehet a konfliktus elől való italba menekülés.
5. Családi, házassági, munkahelyi problémák.
6. Érzelmi kielégítetlenség.
7. A meg nem felelés érzése, csődélmények
8. Csoport csábítás.

Következésképpen, az alkoholizmus nem személyiségtípus kérdése, nem akarat gyengeség, inkább sajátos kombinációja a különböző hajlamosító tulajdonságoknak, pl. kisebbrendűség, befolyásolhatóság, depresszív tendencia, menekülő típus, rejtett szexuális rendellenesség, gátoltság, bénultság...

2.1.1. Társadalmi tényezők

A társadalmi beilleszkedést nehezítő akadályok, mint amilyen a perspektíva hiány, az elszigetelődés, az eszmék, célok, érdekek hiánya, károsíthatják a szocializációt, ami önpusztító magatartáshoz vezethet. A céltalan, kilátástalan életnek nincs mozgósító ereje és nem ad örömet.

Az össztársadalmi szinten ható tényezők közül a gazdasági feltételek, (életnívó csökkenés, létbizonytalanság, fáradtság, megterheltség, stb.), a gyors urbanizáció, a mobilitás, az egzisztenciális vákuum, az értékrendszer zavara, az értékhiány, a hiteles pozitív magatartásmintákat nyújtó modellszemélyek hiánya, a család funkcióinak megrendülése, a tekintélyvesztés, a generációk közötti határok elmosódása, az eszmék, célok bizonytalansága, a nők hamis emancipációja (férfiasítja a nőt), a támogató kapcsolatrendszerek (közösségek, kiscsoportok) szegényessége sorolhatók a kiváltó okok közé.

Másodlagos szocializációs problémaként említhetők az iskolai környezet ártalmai: az iskolák teljesítmény orientáltsága, a pedagógusok túlterheltsége, pszicho-pedagógiai ismereteinek hiányossága, a pedagógusok rossz presztízs helyzete, valamint a tanulók túlterheltsége, az iskolák zsúfoltsága és sivársága, ifjúsági szervezetek szocializációs szerepének elégtelensége és a referencia csoport hiánya. Iskoláskorban a magatartás alakulására

legnagyobb hatása a kortárs csoportnak van. A drogozásra való csábítás is leginkább a kortárs csoport felől jön. A pszichoaktív szerhasználatot elősegítheti a csoporthangulat, a szernek tulajdonított hatásképzet, a többiek szerhasználási modellje.

A túl nagy alkohol kínálat és a reklám, a többi drogok viszonylag könnyű beszerezhetősége is negatív befolyásoló tényezőként értékelhető.

2.1.2. Családi tényezők

A család bármelyik funkciójának zavara, de legfőképp a szocializációs feladatok nem megfelelő ellátása elősegítheti az alkoholizmust. Tagjai károsodnak, ha a család nem teremti meg a biológiai létfeltételeket, de akkor is, ha emocionális kapcsolatainak struktúrája gátolja a személyiség fejlődését. Legmaradandóbb következménye az anya-gyermek korai kapcsolati zavarának van. A patológiás családszerkezet (önállóságot gátoló), a nem kielégítő kommunikáció, a hibás nevelési eljárások, (durván konfliktusos, következetlen), a rossz nevelési légkör, a változó nevelői környezet (a stabil személy hiánya a gyermek életében), a nem megfelelő érzelmi légkör hátrányos helyzetet jelenthetnek az alakuló személyiség számára. A szokások egy részét is a család kell kondicionálja. Ideálokat épít be a személyiségbe, megtanítja a szerepviselkedést, megalapozza az értékrendet, azonosulási mintát nyújt, biztosítja a társadalmi normák elsajátítását. Ha ezen funkciók nem érvényesülnek a család a deviancia bölcsőjévé válik.

2.1.3. Személyiségbeli tényezők

A személyiség szerkezetében beálló változások, a válságos élethelyzetek, az aktuális pszichés zavarok és a krízisek egyaránt vezethetnek drogfüggőséghez. A válsághelyzetek és megterhelő életesemények csak akkor vezetnek hozzászokáshoz, ha találkoznak bizonyos személyiségbeli függőségi hajlammal. A magatartás kimenetele a személy élményfeldolgozó mechanizmusától, az események szubjektív visszhangjának természetétől függ. Ha az én gyenge vagy éretlen „ a szorongás, a lehangoltság, a bűntudat, az üresség, a reménytelenség tartós érzése egyfajta űrt képez az emberben, amelyet a kémiai anyag vagy szenvedélyszerű viselkedés könnyen kitölt." (12. 21 old.) Ezért a személy kockázatot is vállal, mert számára a várt öröm nagyobb, mint egy nem függő embernél.

Ha az én hajlamos rá, veszélyt jelenthetnek az átmeneti válságok, életkori krízisek: serdülőkorban, nyugdíjazáskor vagy tartós érzelmi konfliktushelyzetekben, (válás, veszteségek, krónikus betegség, baleset, perspektívátlanság, idegenségérzés, elidegenedés...)

A drogfüggőségre leginkább a borderline személyiségszerkezet hajlamosít, mert:

- csökkent a feszültségtűrése, az impulzus kontrollja, nehézségei vannak a vágyak, késztetések késleltetésében.
- énfunkciók gyengesége jellemzi, a tervszerű életvitel lehetetlensége. Viselkedését pillanatnyi vágyak, félelmek, indulatok határozzák meg.
- működésére a hasítás jellemző, emiatt nem alakul ki egységes képük, nem tudják pl. az idealizálást-degradálást integrálni.

BCU

- kimutathatóak az önértékelési zavarok, melynek lényege a kettős énkép. Ennek pozitív, idealizált változata nagyzásos fantáziákhoz, viselkedésbeli nagyzoláshoz, nagyképűséghez, fölényességhez, hamis biztonságérzethez vezet, mely könnyen vált át egyik pillanatról a másikra a tehetetlenségérzetbe és az ehhez kapcsolódó önagresszív indulatokba. Magukra maradva elviselhetetlenül unatkoznak vagy szoronganak. Külső ingerek nélkül nem képesek belső ingerképzésre, nem tudják magukat belső élményhez juttatni. Ahhoz, hogy jól érezzék magukat, hasonlók vagy valamilyen közönség figyelmének középpontjában kell lenniük. Jellemző rájuk a projekció és az alapvető bizonytalanság. Az idealizált személyen gyermekien kapaszkodó, követelőző, egyoldalú kapcsolatot igényelnek, de ezt sem találják kielégítőnek.

Más pszichés betegségben szenvedő egyének is veszélyeztetettek lehetnek öngyógyszerezési próbálkozásoknak vagy hibás orvosi gyógykezelésnek köszönhetően. Leggyakrabban a krónikus szorongásos, depressziós, kényszeres tünetekkel járó neurózisokban fordul elő a nyugtató, altató gyógyszerekhez való hozzászokás, általában orvosi segédlettel. Nem ritka az alkoholos " öngyógyszerezés" sem, valamint az alkoholfüggőség megszűnése utáni nyugtatókra való rászokás.

Bizonyos szerzők szerint a pszichoaktív szerdependencia akkor jelent veszélyt, ha a felnőtt személyiség négy tengelye: identitás, szociabilitás, autonómia, paraszimpatikus alapállás (nyugalmi szint) nem működnek kielégítő szinten.

Nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás esetén a nem alkoholista betegeknél is módosulnak az anyagcsere folyamatok (szénhidrát-, zsír-, fehérje-, vitamin-, elektrolit háztartás zavara).

A rendszeres fogyasztás külső jelekből is felismerhető: alkoholos lehelet, élénkpiros kötőhártyák, durva, száraz, esetleg lilás-pirosan elszíneződött arcbőr, vastag, fehér lepedék a nyelven, izzadó tenyér, kézremegés, hajnali izzadás, éjszakai nyugtalanság.

Az alkoholbetegek helyzete egyre súlyosabba válik, mert az ivás következtében krónikus szervi elváltozások is bekövetkeznek: kötőhártyák, nyálkahártyák (nyelőcső, gyomor, hólyag), érfalak krónikus gyulladásos elváltozása; belső szervek (máj, hasnyálmirigy, szív, vesék) krónikus, degeneratív károsodása. Az idegrendszer károsodása egy másik egyenes következménye a mértéktelen alkoholfogyasztásnak. Megfigyelhetők: gyulladások, degeneratív folyamatok, sejtek elpusztulása, idegrendszeri pályák, károsodása, hiperakut lefolyású pszichózisok, a KIR általános kérgi leépülése (elbutulás, értelmi tompaság, agresszivitás), Korsakow-szindróma (súlyos emlékezési-térbeli és időbeli tájékozódási-, személyfelismerési zavarok) kisagyi károsodások (szédülés, bizonytalanság, járászavar, finom mozgások koordinációjának nehézségei), agytörzsi degeneratív elváltozások (a szemmozgás zavarai, izommerevség, légzésbénulás), a perifériás idegek gyulladása (reflexkiesés, végtag fájdalmak).

Súlyosak a pszichés következmények is: érzékenység, ingerlékenység, bizalmatlanság, empátia csökkenése, felelősség áthárítása másokra, indulati kontroll

és feszültségtűrés csökkenése, érdeklődés beszűkülése, intellektuális károsodás.

Pszichiátriai szövődményként említhető a *kóros részegség*, ami viszonylag kis mennyiségű alkohol fogyasztására létrejövő pszichózis. Jellemző a különböző mélységű tudatborulás, amely napokig is tarthat. A beteg elkóborolhat, motiválatlan cselekvéseket hajthat végre. Térbeli és időbeli tájékozódási zavarai, érzéki csalódásai, hallási-, látási-, tapintási- és egyensúlyérzetbeli hallucinációi vannak. Az állapot külső beavatkozás nélkül, alvással lezajlik.

A patológiás ivás másik formája a *diszpómán ivás*, azaz heves, kontrollálatlan alkoholfogyasztás. A személy egy ideig csak az alkoholnak él, nem tudja abba hagyni az ivást. Az állapot hangulata alapján a mániás-depressziós korképhez hasonlít. A diszpómániára jellemző a lehangoltság, félelemérzet, szuicid gondolatok, ingerlékenység, étvágytalanság.

Az alkohol okozta zavartság gyakran az *alkoholos halucinosis* formájában jelentkezik, a beteg felszólításokat, becsmérlő hangokat hall aktuális alkohol fogyasztás nélkül. Ilyenkor szorong és téveszméi vannak.

A leggyakoribb pszichiátriai szövődmény a *delirium tremens*, akut alkoholos elmezavar. Kísérői a jellegzetes szomatikus tünetek: tremor, pupilla-reakciók, alvászavarok, vegetatív izgalom, sajátos vizuális-, hallási hallucinációk (színes kicsi állatok: egerek, patkányok, kígyók, bogarak...), kézremegés, láz, vérnyomás ingadozás, tudatzavar, általános rosszullét. Velejárói lehetnek az alkoholos üldöztetéses és a féltékenységi téboly, amelyek bizarr téveszmékkel járnak. Jelentkezhet megvonásos epilepsziás tünet is. Lefolyása tekintetében lehet 24 órás, 72 órán belül és 72 órán túl zajló. Közben súlyosodnak a vegetatív

tünetek. Az állapot a keringés, légzés, vegetatív szabályozás, só és vízháztartás egyensúlyának összeomlásához, végül halálhoz vezethet.

Az alkoholizmus esetében az anyagcserébe beépülő alkohol miatt megvonás esetén hiánytünetek jelentkeznek. Ilyen *megvonásos tünetek: az* izzadás, remegés, feszültség, szorongás, pulzusgyorsulás, szívtáji fájdalmak, nyugtalanság, ingerlékenység, alvászavar, álmatlanság, szorongásos álmok. Krónikus ivónál hajnalban jelentkeznek a tünetek, amikor lecsökken a vér alkoholszintje. Ezek a delírium előtti tünetek fokozatosan mennek át delírium tremens állapotba.

Az altatók, nyugtató gyógyszerek megvonásos tünetei is a fentiekhez hasonlóak.

Élénkítőszerek esetében fáradság, levertség, hányinger, depresszió, indítékszegénység mutatkozik. Morfium származékok megvonásakor izzadás, hányinger, erős hasmenés, ízületi és izomfájdalmak, izomgörcsök jelentkeznek, pszichés szinten pedig szorongás, alvászavar.

2.3. Viszonyulás és szociális munka

"Az alkoholizmus gyógyíthatatlan abban az értelemben, hogy sok éves absztinencia után is minimális szeszfogyasztás a betegség kiújulásához vezet. Az alkoholizmus gyógyítható abban az értelemben, hogy a beteg roppant erőfeszítésével, a kezelő szakcsoport konzekvenciája mellett maradandó absztinencia és az életbe való visszatalálás elérhető." (20. 192 old.)

A velük való foglalkozás különösen nehéz, sok sikertelenséggel, érzelmi megterheléssel járó feladat. Habár

a szenvedélybetegségek gyógyításával külön fejezetben is foglalkozunk, egy pár az alkoholizmusra sajátos vonást itt is át kell tekintenünk.

A magyar pszichiátriai irodalomban a gyógyulás arányát 30%-ra, utángondozással pedig 50%-ra becsülik.

Legeredményesebb a segítő munkát team-ben végezni. Számítani kell a kliensek őszintétlenségére, zsaroló viselkedésére. A beteg és segítője között játszmák alakulhatnak ki, ezek nem segítik a gyógyulást. A szakirodalom egész sor, az alkoholizmusra jellemző viszonyulásmódot ír le. [4]Az alkoholista beteg antiszociális gondolkodásának megnyilvánulásai:

- Kifogáskeresés: magyarázatokkal igazolja viselkedését;
- Hibáztatás / hárítás: mást okol, magáról pedig leveszi a felelősséget, eltereli a figyelmet;
- Újrafogalmazás: ha már van egy leszokási terve, ezt újra fogalmazza és erre hivatkozva tovább iszik;
- Szuperoptimizmus: Úgy vélekedik, hogy akkor hagyja abba amikor csak akarja;
- Hazugság: arra használja, hogy összezavarja, eltorzítsa és elterelje a figyelmet saját viselkedéséről. Három formában vezeti félre környezetét:
  - nem valós dolgok kitalálásával;
  - részlegesen mondja el a dolgokat, a lényeget kihagyva;
  - úgy tesz mintha egyetértene a másikkal;
- Bolondot csinálni a másikból: félrevezet, megszégyenít másokat, hogy magáról a figyelmet elterelje;

[4] K.Evans, J.Michael Sullivan, A kémiai dependencia azonosítása a kettős diagnózisú klienseknél, in 42. Irod.

- Feltételezés: megpróbálja kitalálni, hogy mit gondolnak és csinálnak mások, ezt az ivás szolgálatába állítja;
- „ Különleges vagyok ": senki máshoz nem hasonlítható, neki nincs szüksége senkire ...
- Behízelgés: a másikat magasztalja, hogy jobban manipulálhassa, a helyzeteket saját céljai alapján akarja kontrollálni;
- Töredezett személyiség: viselkedésbeli inkonzisztencia figyelhető meg nála, egyszer imádkozik, máskor rombol;
- Minimalizás: lebecsüli tetteinek súlyosságát, amikor szembesítik velük;
- Homály, bizonytalanság: általánosságban beszél, nehogy rajtakaphassák, nem részletez, nem foglal állást és nem kötelezi el magát;
- Harag: segítségével kontrollál másokat, (ez nem mindég igazi harag). Másokat megbénítva agresszióval, támadással, kritizálással viszi véghez akaratát.
- Erőjátszmák: ha a helyzetek nem az ő elképzelése szerint alakulnak, nem ad lehetőséget a másik érveinek érvényesítésére, kilép a helyzetből, vagy embereket haragít egymásra.
- Áldozat-játszma: ez a fő szerepe, gyakran nyafog, szánalomkeltő, tehetetlen, úgy viselkedik, mintha semmire sem lenne képes. Úgy gondolja, neki minden kijár a környezetétől, ha nem kapja meg, akkor áldozatnak érzi magát s ettől agresszív lesz.
- Dráma-izgalom: gyakran hoz létre maga körül drámát és izgalmat.
- Bezárt alagút: tiltakozó, gyakran beszűkült, semmit sem ismer be.

- Image: még a lecsúszott alkoholista is védi a saját magáról kialakított képet. Fontos számára, hogy mit gondolnak mások róla.
- Grandiozitás: a dolgok felnagyításával azt igazolja, hogy miért nem oldja meg a problémáit.
- Intellektualizálás: elvont nyelvet használ, mindenről elméleti szinten beszél, hogy ne kelljen az érzelmeivel foglalkoznia.

Az elmondottakból kitűnik, hogy az alkoholistával való egítőmunka legfontosabb szempontjai:

Egyenletes elfogadó kapcsolat biztosítása a beteg viselkedésétől függetlenül. Ez igen nehéz a beteg szélsőséges indulatossága, elutasító magatartása miatt. Az elfogadás azonban nem jelentheti az utána engedést.

A következetesség, határozottság, nyugodtság szavatolás csökkenti a beteg belső szorongásait. Ők pozitív, meleg, gondoskodó viszonyt igényelnek.

Az értékrend nyújtása, fokozatos célkitűzések felállítása, a beteg képességei szerint. A sikertelenség okát mindig meg kell keresni. Szükséges a sikert jutalmazni és olyan új célokat felmutatni, amelyeket fel tud vállalni.

Az önálló döntések támogatása segíti az önmegfigyelési képességet, az önértékelést, a mások szempontjainak megértését, a másokhoz való alkalmazkodást.

A realitásérzék fejlesztése fokozza a szélsőséges ítéletek egységes képpé való összekapcsolását.

Önállósodásuk támogatása hozzájárul az egészséges középút megtalálásához, a túlzott érzelmi bevonódás és a távolságtartás közötti egyensúly kiépítéséhez.

Segíteni kell *saját maguk iránt érzett felelősségük* elfogadtatásában és begyakoroltatásában.

A *hozzátartozókkal is foglalkozni kell*, elő kell őket készíteni a személy rehabilitációja érdekében.

A külső körülményeken is kell változtatni, hiszen azok is hozzájárultak az alkoholizmus kiváltásához.

Több dimenziós kezelést igényelnek. Ebbe beletartozik: orvosi segítségnyújtás a méregtelenítésben, a pszichológiai segítség az érzések magyarázása és feldolgozása érdekében, valamint a teológiai segítség (ha igényli) a hit, az érték nyújtás érdekében.

Elengedhetetlen fontosságú a hasonló páciensek csoportjának biztosítása. Ilyen például az Anonim Alkoholisták csoportja, amely egy 12 lépéses gyógyítási stratégia alapján működik:

1. Bevallottuk: tehetetlenek vagyunk az alkohollal szemben; életünket már nem tudjuk kézben tartani.
2. Hittünk abban, hogy egy nálunk nagyobb Hatalom visszaadhatja lelki egészségünket.
3. Elhatároztuk, hogy akaratunkat és életünket- az általunk megismert - Isten kezére bízzuk.
4. Alaposan és bátran felleltároztuk bensőnket.
5. Kendőzetlen őszinteséggel feltártuk hibáinkat Isten, magunk és egy másik ember előtt.
6. Készen álltunk arra, hogy Istenre bízzuk jellemgyengeségeink eltörlését.
7. Alázatosan fohászkodtunk Hozzá, hogy szabadítson meg fogyatékosságainktól.
8. Számba vettük mindazokat, akiknek ártottunk és készek voltunk bocsánatot kérni tőlük.
9. Ezeknél az embereknél - amennyiben lehetőségünk nyílt- minden bűnt jóvátettünk, hacsak ezzel nem bántottuk meg őket vagy másokat.

10. Tovább folytattuk a leltárkészítésünket és, ha valahol nem volt igazunk, azt késedelem nélkül beismertük.
11. Megkíséreltük imával és elmélkedéssel – a mi fogalmaink szerint- Istennel való kapcsolatunkat elmélyíteni. Kértük, tudassa velünk akaratát, és adjon erőt, hogy ezt végrehajtsuk.
12. Miután e lépések segítségével lelkileg újraszülettünk, azon voltunk, hogy az üzenetet a többi alkoholistának tovább adjuk, és életünket erre az alapra helyezzük.

(Az idézett szervezet programjának alapgondolatai: 1-2. az omnipotens önszemlélet feladása; 4-6. az alkohol okozta károk felmérése; 8-9. új kapcsolatok megteremtése; 10-11. a mindennapi élet gondjait alkohol nélküli legyőzése; 12. a mások iránti felelősség vállalása.)

Az alkoholizmus kezelésének általános sémája:

1. A betegségtudat kialakítása, a család, környezet hozzájárulásával;
2. Szomatikus (farmakológiai) kezelés: a szervezet méregtelenítése, egyes szervek túlműködésének szabályozása, ha lehetséges a szervi károsodások reparációja. A gyógyszeres kezelés része az ún. averzió, szesszel szembeni fizikai undor kialakítása.
3. Pszichoterápia, a pszichés függőség megszüntetésére és a személyiség erősítésére (személyes potenciál mozgósítása).
4. Szocióterápia: segítsen a szociális krízis megoldásában ez elsősorban a szociális munkás feladata.
5. Munkaterápia, növeli a személy hatékonyságának érzését, segít a munkaképesség visszanyerésében.

6. Utókezelés, hosszú éveken keresztül szüksége van arra, hogy a gyógyult betegek közösségében óvja magát a visszaeséstől.

Hézser G. szerint a gyógyulás folyamatának mozzanatai: (20. 193 old.)

- A beteg őszintén vágyik a külső segítségre;
- Megérti, hogy az alkoholizmus betegség;
- A környezet állítja, hogy az ivást abba lehet hagyni;
- Az ivás beszüntetése;
- Gyógyult alkoholistákhoz való kapcsolat kiépítése;
- Állapotát, orvosi, pszichiátriai, pszichológiai szempontból fel kell mérni és a megfelelő beavatkozásokat meg kell szervezni. A lelki segítség a szükségletek felismerésében, új remények ébresztésében, a normális véleményalkotás és gondolkodás elősegítésben áll. Az új életforma által nyújtott lehetőségek felismerése a jövőtől való félelem csökkentését eredményezi.
- Ügyelés a rendszeres táplálkozásra.
- Az önbecsülés folyamatos visszatérése.
- A realitásérzék fokozatos visszanyerése és képesség a realitás vizsgálatára.
- Megszűnik a menekülési kényszer.
- Pihenni, aludni kikapcsolódni tudás. A gyógyuló beteg képessé válik a család igényeinek figyelembe vételére. A környezet is elismeri a beteg erőfeszítéseit.
- Új érdeklődési körök megjelenése. Új baráti kör kialakítása. Visszaállás a korábbi ideálokhoz.
- Szembe mer nézni a tényekkel.
- Újra kialakul a valóságos értékek iránti érzék.
- Az érzelmek újra kontrollálhatókká válnak
- Külső körülmények megváltoztatásával párhuzamosan sor kell kerüljön az anyagi helyzet rendezése is.

- A munkahely bizalmának visszaszerzése.
- A külső megjelenésre való ügyelés.
- Önmaga elfogadása és reális értékelése.
- A józanság elégedettségi érzést vált ki. Elismeri, hogy a kibúvók álmegoldásokhoz vezetnek.

A segítés addig tart, amíg kirajzolódik egy világos, értelmet adó életút. Az alkoholistát teljes értékű emberré kell rehabilitálni. Ehhez meleg és rendszeres kapcsolatokra van szüksége, gyakran egyszerűen csak bátorításra és meghallgatásra. Ebből a meggondolásból a kezelés része az utánkövetés és utógondozás. Erre a későbbiekben visszatérünk.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

3. A dohányzás problematikája [5]

Közép - Európában csak egy évszázada dívik a dohány, cigarettázás formájában való élvezete. Főként a II-ik világháború után nőtt meg a cigaretta fogyasztás. Egészségkárosító hatása is hamar nyilvánvalóvá vált. Egyértelmű összefüggés figyelhető meg az elszívott cigaretták fajtája és mennyisége, a dohányzási szokások, a dohányzás megkezdésének időpontja és számos egyéb tényező, valamint bizonyos betegségek - mint szív- és keringési panaszok, krónikus légcsőhurut, tüdőemfizéma, tüdőrák - között. Következményeként csökken a várható élettartam is. Különösen a fejlődésben levő szervezet fizet nagy árat érte, mert a növekedésre és teljesítőképességre van káros hatással. Cigarettázással a terhes nők magzatukat is károsítják. A dohányosok akaratuk ellenére a nem dohányzók egészségét is rombolják.

A cigarettát problémahelyzetek, feszültségek, konfliktusok látszatkezelésére használják. Izgalmat jelent a fiatal számára, hogy valami tilosat, felnőttest cselekszik, kockázatot vállal és kihívást intéz környezete, tanárai, szülei, ismerősei számára.

A kialakuló szokás fokozatos és szinte észrevehetetlen. Nem jelent látványos veszélyt mint pl. a lerészegedés. Az Egészségügyi Világszervezet társadalmilag elfogadott drognak tartja, ugyanis nem okoz tudati beszűkülést.

---

[5] Az anyag összeállításában főképp a Dohányzás megelőzés, Tanári kézikönyvre támaszkodtam, 57. irod.

A dohányzás nagy hagyományú, társadalmilag elfogadott szokás. A növény a Nicotinea Tabacum burgonyafélék családjába tartozik, számos más haszonnövénnyel együtt, mint a burgonya, a paradicsom, a nadragulya, a beléndek.

A dohány sokoldalúan hasznosítható növény, leveleit dohányzásra és nikotin előállítására, magját növényi olaj előállítására. Kóróját pedig papírgyártásra használják

A dohány alapjai eltérő aromával rendelkeznek. Legismertebbek a Havanna, a Brasil, a Virginia, a Maryland és a Mahorka.

A dohányt szívják, rágják vagy orron át szippantják. Ennek megfelelően több formában forgalmazzák: pipadohány, szivar, cigaretta, bagó és tubák

A dohánytermékek nemcsak dohánytartalmuk, hanem vágásszélességük, töltöttségi fokuk, a felhasznált papír és a beépített filter tulajdonságai alapján is eltérnek egymástól. A hatás azonban az egyéni szívási szokásoktól, a szívások percenkénti számától, a szívás időtartamától, a beszívott füstmennyiségtől, a leszívás mélységétől, valamint a dohányzás külső körülményeitől: a hőmérséklettől, a levegő nedvességtartalmától is függ. Természetesen újabb veszélyeztető tényező lehet a dohányzó lelki állapota, egészségi állapota és az, hogy éhgyomorra vagy jóllakottan dohányzik.

Egyetlen cigaretta elégésekor átlag 2 liter füst szabadul fel. Megkülönböztetjük a főfüstöt, ami a szíváskor keletkezik és a mellékfüstöt, ami a folyamatos izzás következménye. E két füst összetétele nem azonos. Főleg a főfüst vizsgálatával foglalkoznak, ami égés- és bomlástermékekből áll, valamint olyan anyagokból, melyek változatlanul kerülnek át a dohányból a füstbe.

A főfüst részecske összetételében szerepelnek: a víz, az alifás és aromás szénhidrogének, a karbon vegyületek, alkoholok, észterek, savak, bázisok, szterinek, fenolok és természetesen a nikotin alkaloidok.
A főfüst gáz összetételét a nitrogén, oxigén, hidrogén, szénmonoxid, széndioxid, nemes gázok, hidrogénoxidok, hidrogén-cianid, ammóniák, kénhidrogén alkotják.

A nikotin a dohány legnagyobb hatású alkaloidja. Színtelen, kellemetlen szagú, rendkívül mérgező folyadék, levegővel érintkezve oxidálódik, megbarnul. A felszívódás igen gyors, egy intravénás injekció hatásához hasonló. A nikotin a száj, a légutak nyálkahártyájában és az emésztőszervekben szívódik fel. A nikotin bekerül az anyatejbe, ezért veszélyezteti a csecsemőt is.

Egy erős cigarettából kb. 1,4 mg nikotin kerül a szervezetbe. A halálos adag 0,8 mg testsúly kilogrammonként. Tehát például egy 75 kg súlyú embernél 60 mg nikotin halálos dózisnak számít.

A nikotinélvezet hatásaként gyorsul és emelkedik a vérnyomás, a bőr ereit szűkíti, ezért csökken a bőr hőmérséklete. A tüdőben a hörgők összehúzódásához és elzáródásához vezethet.

A dohányfüst másik igen mérgező anyaga a szénmonoxid. A CO a hemoglobinnal igen szoros kémiai kötést alkot és így akadályozza az oxigénnek az egyes szervekhez való eljutását. Egy cigaretta elszívása után 15 ml CO kerül a tüdőbe.

A dohányfüst káros hatását növelik azok a kátrányanyagok, amelyek bejutnak a légutakba. Egy cigaretta kátrány tartalma 1-22 mg. Átlag dohányos estében (napi 14 cigaretta) tíz év alatt 1 kg kátrány jut a tüdőbe. A kátrány a dohány legerősebb kancerogén eleme.

A dohányzás nem okoz fizikai függőséget, annál veszélyesebb az általa kialakuló pszichés függőség. Ha a személy különböző helyzetekhez kötötten gyújt cigarettára, viselkedés sztereotipizálódik és cselekvése a szokás erejével fog hatni.

A dohányzás a drogos karrier első lépcsője lehet.

A már említett 1995-ös felméréseim (2. 39 old.) azt mutatják, hogy a dohányzás mind a serdülők, mind pedig a felnőttek életében jelentős egészségkárosító tényező.

A megkérdezett 400 serdülő véleménye alapján, a III., IV. és V. táblázatok a dohányzási szokásokat összegzik.

III. Táblázat

Serdülők dohányzási szokásai.

Dohányzás gyakorisága	Környezet		
	Falu	Kisváros	Megyeközpont
Soha	78.2	77.5	87.7
Ritkán	13.5	17.5	8.46
Hetente 1x2x	3.0	2.5	1.15
Hetente3x4x	0.75	0	1.15
Rendszeresen	4.51	2.5	1.54

IV. Táblázat

Apák dohányzási szokásai.

Dohányzás gyakorisága	Környezet		
	Falu	Kisváros	Megyeközpont
Soha	15.3	39.5	27.3
Ritkán	29.8	15.8	20.4
Hetente 1x2x	8.87	10.5	8.1
Hetente3x4x	12.1	5.26	11.1
Rendszeresen	33.8	28.9	23.4

V. Táblázat

Anyák dohányzási szokásai.

Dohányzás gyakorisága	Környezet		
	Falu	Kisváros	Megyeközpont
Soha	43.6	55.2	51.1
Ritkán	17.3	15.8	15.7
Hetente 1x2x	19.5	5.26	6.1
Hetente3x4x	9.7	5.26	3.1
Rendszeresen	9.7	18.4	14.6

Amint a táblázatokból kitűnik a 14-16 éves serdülők kb.20%-a még egyáltalán nem próbált dohányozni. Az átlag értékeket véve alapul úgy néz ki, hogy az apák kb. 30%-a rendszeres dohányzó. Ezen abúzus esetében vezető helyet foglalnak el a falun élő férfiak. A vizsgált környezetekben az anyák kb. fele él a dohány szenvedélyének.

BCU IAȘI / CENTRUL DE RESURSE PENTRU ISTORIA MEDICINEI

4. A drogfogyasztás problematikája

4.1. A drogfogyasztás mint deviáns viselkedés

A drogfogyasztást társadalmi jelenségként kezeljük, az egyén felől pedig viselkedésformának tartjuk. Mint viselkedésforma, egyénenként változó módon jelentkezik. Társadalmi érdeklődést úgy Európában, mint Amerikában a 60-as években váltott ki. Fogyasztása akár tiltott, akár nem, veszélyes, visszaélésre ad alkalmat, de devianciához is vezethet, mert befolyásolja a mentális működést és az ítélőképességet.

A drogfogyasztás viselkedésmintájának bemutatásakor a National Commission on Marijuana and Drug Abuse (1973) ajánlását tartjuk követendőnek. Ez szerint öt drogfogyasztó kategóriát különíthetünk el:

- *Kísérletező,* tíznél kevesebbszer használt drogokat;
- *Szociális/rekreációs használó,* valamilyen társadalmi helyzet miatt hetente egyszer használ drogokat;
- *Helyzetszituatív használó,* helyzetek, feladatok kezelésére, megoldására használja, hetente 4-5-ször;
- *Intenzifikált használó,* hosszú időn keresztül, legalább naponta egyszer használ drogot;
- *Kényszeres használó,* hosszú időn keresztül, nagy dózisban, naponta többször ill. folyamatosan használ drogot. (43., 14 old.)

Ezek a viselkedésminták általában progressziót mutatnak, a kísérletező fázisból gyakran lesz kényszeres fogyasztás.

A kábitószerfogyasztás fokozatonkénti kialakulásában három fő stáció különül el:

a. *kipróbálás:* 10-12 évesek kíváncsiságból, a társ biztatására vagy a csoportba kerülés érdekében nem állnak ellen a kísértésnek;

b. *szokás*: a cselekvés ismétlődik ugyanabban a helyzetben, de még függőség nélkül;

c. *függőség:* ellenállhatatlan kényszer taszít a drog további szedésére, a drog hiányából eredő szenvedések elkerülése miatt. A drogos karrier során egyre nő az adag és a lágy drogoktól az út keményekfelé vezet.

Ugyanez a lényege a következő rangsorolásnak is: I. Társasági szinten legális drogok használata; II. serdülőkori marihuánázás, elsősorban kortárs hatásra, identitás keresést jelez. Innen minden 6-ik egyén a súlyos addikció fázisába jut; III. rendszeres és kényszeres polidroghasználat. Ennek egyik formája a *designér* típusú droghasználat, ami azt jelenti, hogy a fogyasztók kikeverik a saját lélektani szükségletüknek megfelelő szerkompozíciót: alkohollal gyógyszereket szednek, vagy hasissal, marihuánával, esetleg morfinszármzékokkal keverik.

Általános tapasztalat szerint kezdetben a kábítószer a szervezetbe jutva kellemes élményt okoz. Az élmény erőssége, minősége és tartóssága az ajzószer fajtájától és a személy testi-lelki állapotától függ. A dependencia kialakulása után előtérbe kerülnek a negatív érzések, a hiánytünetek. A szer a félelmek, szorongások, negatív hallucinációk, testi fájdalmak megszüntetésére szolgál.

Egy 1984-es CENISS [6] vizsgálat három modellt különböztet meg a drogvisszaélő szokások kialakulásában.

I. Nyitólépés valamilyen szer megismerése társaságban. A feldobottság állapotának megismerése és megkedvelése vezet el a szer használatához nehézségek és bizonytalanságok estén. Innen már csak egy lépés a pszichikai és fizikai függőség.

II. Csoportban történő alkalmi kísérletezésekből indul: A személy egy-egy szer szórványos használatán keresztül jut el a kontrollált visszaélésig, ezután az alkalmazás szükségletté válik, majd bekövetkezhet a mérgezési állapot.

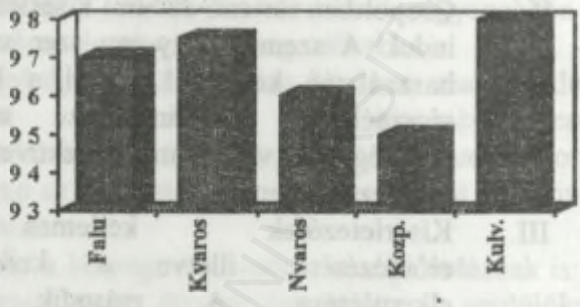
III. Kísérletezések a kellemes hatások előidézésére, illetve a kellemetlenek elkerülésére. A második fázisban dominálnak a kellemes érzések, ezért nincs óvatosság. A harmadikban egyre gyakrabban törnek fel a kellemetlen érzések és a drog utáni vágy valamint a tőle való félelem egyaránt jelen van. Felmerülhet a detoxikálás lehetősége.

IV. A negyedik szakaszban váltogatják egymást a leszokási és visszaesési periódusok, a gyógyulásig vagy a halálig.

[6] Dévai Margit alapján: A droghoz vezető utak pszichikus háttere, In (52. 33old.)

A hozzászokás veszélyességének tudatosítása a mi körülményeink között sem elhanyagolható, hiszen már egyetlen környezet (falu, kisváros, megyeközpont) sem mentes a drogokkal való találkozástól.

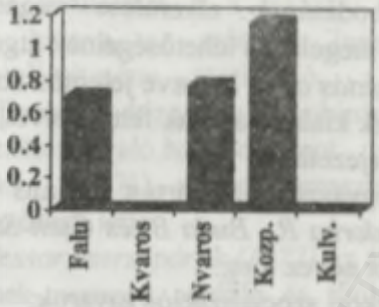
Az általam vizsgált 400 fős serdülő (14-16 év) populáció drogfogyasztási szokásait a következő ábrák mutatják be.



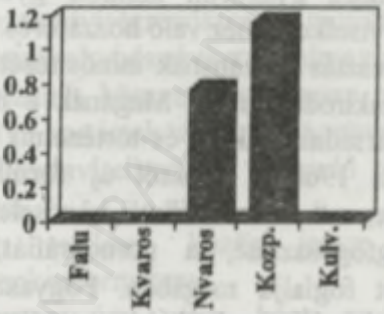
1. ábra. Soha

2. ábra. Ritkán

BCU IASI / CENTRALA UNIVERSITARA



3. ábra. Hetente 1-2szer



4. ábra Rendszeresen.

1-4 ábra. A serdülők drogfogyasztási szokásai.

Ahogyan az ábrákból kitűnik, leginkább veszélyeztetettek a megyeközpontok külvárosai. Itt található a legnagyobb számú rendszeresen drogozó serdülő.

Általában elmondható, hogy a drogfogyasztásra vonatkozó százalékos értékek még nem ijesztőek, de

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

mindenképpen figyelem felhívó jellegük van. Éppen a helyzet súlyosbodásának elkerülése végett fontos az odafigyelés és a megelőzés lehetőségeinek átgondolása.

A drogfogyasztás okait keresve jelentős átfedést találunk más szenvedélyek kialakulásának feltételeivel, amint ezt már láttuk az előző fejezetben.

Ha a drogfogyasztó magatartást deviáns viselkedésként értelmezzük *Andorka R., Buda B. és Cseh-Szombathelyi L.* három háttérokot nevez meg:

1. gyermekkori szocializációs zavarok;
2. felnőttkori feszültségek, főleg a ki nem elégített ambíciókból származóak;
3. a környezetnek a deviáns viselkedésre vonatkozó megengedő felfogása, a normák határozatlansága, a magatartásra gyakorolt kontroll gyengesége és a deviáns viselkedéshez való hozzáférés.

A drogfogyasztás deviánsnak minősítését illetően nincs egyetértés a szakirodalomban. Magának a devianciának a definiálása is társadalmanként és történelmi korszakonként különbözik. Az 1960-as évektől új formával bővült a devianciák köre, a " sértett nélküli bűncselekmények"-kel, amely a drogfogyasztást, a pornográfiát, a szexuális normasértéseket foglalja magában. Fogyasztóik úgy élik meg, hogy életüket önmaguk által konstruálttá és értelmessé kell tenniük saját készítésű eszközök, módszerek segítségével. Jelentést adnak neki. A saját rend kialakítása azonban a tágabb szociális környezet felől "rendellenességnek minősül".

Akárcsak a többi szenvedélybetegségnek, a drogfogyasztásnak is pszichológiai prediszpozíciói lehetnek. A különböző szerzők erről másként vélekednek:

- *Bry, McKeon és Pandina* (1982) szerint hajlamosító tényezők: a kortársnyomás, a korai használat, a családi

használat, más problematikus viselkedések, távoli kapcsolat a szülőkkel, a negatív önértékelés, a vallásosság hiánya, az erőteljes ingerkeresés, az alacsony teljesítmény motiváció, a pszichológiai distressz. Ezeknek bizonyos kombinációja határozza meg a visszaélésre való hajlandóságot.

- *Zuckerman* (1971) a drogfogyasztás fő okát az élménykeresésben látja.
- *Jessor és Jessor szerzőpáros (1977)* az általuk probléma viselkedésnek nevezett serdülő és ifjúkori viselkedés-együttest, melybe a drogozás is tartozik, három pszichoszociális rendszer egymásrahatásából eredezteti:
  - a viselkedésrendszer magában foglalja a problémás és a konvencionális viselkedési formákat egyaránt,
  - a személyiségrendszer a motivációs, érték és kontroll alrendszereket tartalmazza,
  - az észlelt környezet rendszere pedig a szülők, illetve kortársak támogató, kontrolláló, modelláló problémaviselkedését elfogadó tényezőit gyűjti össze.

Mindhárom rendszer közös jegye a konvenció nélküliség, a nonkonformizmus.

- *Kern és mtsai* úgy vélik, hogy az aktuális és a kívánatosnak tartott általános aktivációs szint közötti ellentmondás csökkentése a legfontosabb hajtóerő a drogok felé. Ez szerint négy típust különböztettek meg:
  I. magasabb általános aktivizációs nívóra vágyik, drogozással a túl erős ingerek elnyomását avagy üresség érzésének megszüntetését akarja elérni (hallucinogénhasználók).

II. az ingerlés minden - külső és belső- formáját el akarják nyomni (alkoholfogyasztók).

III. kevéssé szűri a környezeti ingereket és magas általános aktivizációs szintet kíván (stimulánsokat használnak). A környezeti konfliktuskeltő ingerekről figyelmüket védekezésképpen saját belső tudatállapotuk felé terelik.

IV. Ők is aktiváció kerülők, hasonlóak a második típushoz, de inkább ingerelnyomó képességükön igyekeznek javítani (depresszánshasználók).

Ezeknek a típusok az identifikációja a terápia megtervezése szempontjából is igen fontos.

A droghasználat úgy is értelmezhető, mint krónikusan fennálló *stresszhez* való alkalmazkodás. Érzelemközpontú reaktív stresszlerendezési tevékenység, a személy adaptációját szolgálja. Ilyen az alkohol- és marihuána fogyasztás, amely bizonyos társas helyzetek részévé is válhat. Ebben az értelemben a szakirodalom háromféle stresszt emel ki:

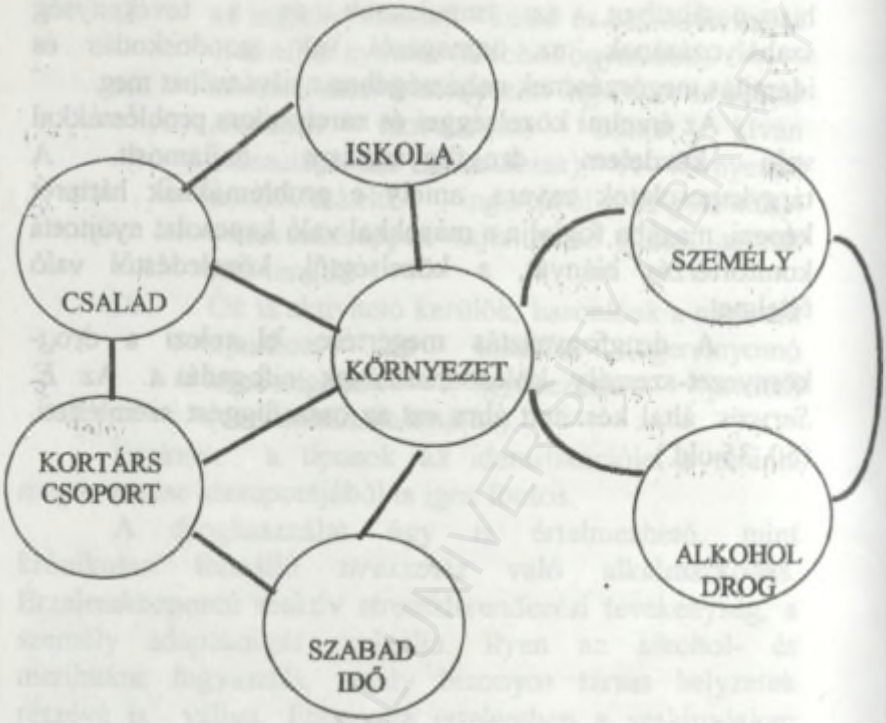
- a lényeges életesemények váltják ki: szülők halála, válása,
- a maradandó hatású nehézségek, pl. nem kielégítő munkahely, rossz iskolai pozíció okozzák,
- a mindennapos problémák idézik elő.

Ha a drogos nem képes érzelmeit mint belső információkat megfelelően használni, akkor az érzelmek extrém mértékű nyomása dezorganizációhoz és regresszív folyamatokhoz vezethet. Utóbbi pedig primitív védekező mechanizmusokat aktivál, mint amilyen a projekció és a narcisztikus tagadás. A belső érzelmi élet szabályozásának zavara a külső realitáshoz való alkalmazkodás

hiányosságaiban, az impulzusok és a tevékenység szabályozásának, az önmagáról való gondoskodás és identitás megőrzésének nehézségében nyilvánulhat meg.

Az érzelmi közelséggel és narcisztikus problémákkal való küzdelem drogfogyasztásra hajlamosít. A tárgykapcsolatok zavara, amely e problémáknak hátterét képezi, magába foglalja a másokkal való kapcsolat nyújtotta komfortérzés hiányát, a közelségtől, közeledéstől való félelmet.

A drogfogyasztás megértése feltételezi a drog-környezet-személy kölcsönhatásának elfogadását. Az *E. Servais* által készített ábra ezt az összefüggést szemlélteti. (50. 35 old.)



5. ábra. A drogfogyasztás rendszerszemlélete

4.2. Drog és család:

A kutatások azt mutatják, hogy a drogfogyasztók túlnyomó többsége tizes, húszas esetleg harmincas éveiben járó fiatal, akik többsége legalább formailag eredeti családjukhoz tartoznak.

BTK KÖNYVTÁR CENTRÁLIS EGYETEMI KÖNYVTÁR

Több szerző is foglalkozik a drogfogyasztók családjainak tanulmányozásával. Az évek során számos sajátosságát sikerült fel.érképezni azon családoknak, amelyeknek tagjai között drogfogyasztók is vannak.

Stanton és Tood (1982) szerint a drog visszaélők családjára jellemző:

- a multigenerációs kémiai dependencia magas gyakorisága,
- a konfliktusok primitív és direkt kifejezése, nyílt sz vetségek felhasználása a konfliktusban,
- a drogos függetlenségének illúziója, ami drog orientált kortárscsoporttal való kapcsolatból ered,
- az anyák szimbiotikus nevelési gyakorlata,
- korai, váratlan halálesetek extrém gyakorisága,
- a drogozáson keresztüli függetlenség és ellenszegülés mögött megmaradnak a családi kötelékek.

Kirschenbaum és mtsai (1974) [7] néhány érdekes jellemzőt gyűjtötték össze a drogos családokról:

1. Szülői jóindulat és nemes szándék szegényes interakciós folyamatokkal párosulva. Anyagiakban és szellemiekben igyekeznek mindent megadni a gyermeknek, de a családi interakciókat feszültségek ellenségeskedések, konfliktusok, harag, emocionális elfojtások, kölcsönös elzárkózások, rivalizációk, egymás magánéletébe való agresszív betolakodás jellemzi.
2. szülői értékek iránt feltétlen konformitást megkövetelő általános családi légkör.
3. Paradox viszony a drogos serdülő és az azonos nemű szülő között. A gyermek az azonos nemű szülőtől nem kapja meg a szeretetet és ezért „ utálja" őt.

---

[7] Kállai Tibor nyomán

4. A kommunikációs mintákon „nem jönnek át" a bensőséges, mélyebb emberi érzelmek. Parancsolgatás és rajtaütésszerű számonkérések, csak racionális szintű kommunikáció létezik.
5. A gyermek mérlegelő-megítélő értékelése. Az érzelem csak negatív formában jelentkezik. Csak addig "szeretik" a gyermeket ameddig kicsi, azután csak számon kérnek tőle.
6. Az egyes családtagok érzelmi elszigeteltsége. Feszültséglerendezési módjaik: elszigetelődés, bezárkózás, félrevonulás, csavargás ...
7. Örömtelenség: Nem tudnak semmilyen tevékenységet közösen és békésen folytatni. Csak a külső eseményeken tudnak nevetni.
8. A szülők koalíciója drogos gyermekével szemben. A gyermek bűneit versengve leplezik le a szülők.
9. Az apa csak látszólag a család feje. Az anya ilyenkor a nagyobb fiúgyermekben keres támaszt, háruház egyes családfői funkciókat.
10. Kettős kötődés a páciens és az ellenkező nemű szülő között. Az apa-anya-gyermek háromszög sohasem áll össze integráltan, mindig valamelyik kiszáll vagy beleszól.
11. Szexuális konfliktusok és komplexusok a házaspárnál.

Mint látható, ha a család nem képes funkcióit ellátni a gyermek veszélyeztetettsége megnő. Ha nyomasztóak a létfeltételek, sok a frusztráció és a hiányállapot, nem elég stabilak az egymáshoz fűződő kapcsolatok, nem kondicionálódnak a szokások, az interakciók nem tudják biztosítani az egészséges szerepfejlődést, nincs azonosulási minta, nincsenek mozgósító célok és perspektívák, homályosak az utasítások, melyeknek a gyermek nem tud

megfelelni, és a gyermek nem tanulhat konstruktív problémamegoldást, helyes önértékelést, valamint önérvényesítést, megnő a szerekkel szembeni függőség kockázata.

A gyakorlat azt mutatja, hogy bármely problémás gyermeket meg kell vizsgálni a szerhasználat szempontjából is.

A szakirodalomban körvonalazódott a *drogos gyermek* portréja, aki jó, engedelmes, szófogadó. Nagyon is kötődik a családhoz, ami egészségtelen kapcsolatrendszerével behálózza és meggátolja a gyermek személyiségének fejlődését. Ezekben a családokban nagyon kemények a hierarchia viszonyok, krónikus, megoldatlan problémák feszülnek, a szülők nagyon a nagyszülőkre támaszkodóak, inkongruensek a szülői és gyermeki ambíciók.

Ami a személyiségbeli okokat illeti az alkohol dependencia kialakulásával kapcsolatosan már elmondtuk, hogy a függőségekre leghajlamosabb a borderline személyiségszerkezet. Klinikai vizsgálatok igazolják, hogy sok drogfüggő egyén rendelkezik borderline személyiségszerkezettel.

4.3. A drogos karrier

A drogfogyasztó magatartás fokozatos kialakulását követi a drogos karrier körvonalazódása, ami megmutatkozik az egyén kapcsolataiban, de személyiségének átalakulásában is. A folyamat két irányból meghatározott, egyrészt a szer hatásának köszönhető, másrészt a társadalmi megbélyegzésnek. A minősítés erősíti a személy drogos identitását, a drog iránti elköteleződés egyre fokozottabbá válik, a világtól pedig egyre jobban eltávolodik, alkalmazkodási gondjai megnőnek. A

drogfogyasztó eredeti problémái mellett szembetalálkozik a társadalmi reakció által okozott nehézségekkel is. A társadalmi reakció, súlyosbítva az egyén problémáit (izolálódás, oppozíció) a fogyasztás növekedését fogja eredményezni. Közben a "narkós imázs" is beépül az identitásba. Szerep struktúrájukban vezető helyre kerül a drogos szerep. A rögzült deviáns identitás rossz prognózist jelent az intervenciók szempontjából.

A helyzetet súlyosbítja az a tény is, hogy a szerek használatát illetően is megfigyelhető az áttérés az enyhébb szerhasználatról a keményebb szerre.

4.4. A drogfogyasztáshoz társuló kóros állapotok

Maga a drogfüggőség kialakulhat valamilyen alapbetegség talaján, de önálló betegségként is jelentkezhet. Az idevágó szakirodalmi adatokban tallózva *Rácz József* (43. 48-49 old.) a következő tényezőket tartja fontosnak:

- Mortalitás: *Barr és mtsai* a megfelelő átlagnépességhez viszonyítva 3,1-szeres halálozást tapasztaltak. A depresszánst használók körében pedig 35%-ban fordultak elő öngyilkossági kísérletek.
- Kriminalitás: a kriminalitás és a drogozás is a deviáns életmód következményei, bármelyik lehet elődleges.
- Szociális diszfunkciók: sokat vannak kezelés alatt és betegállományban, nagyobb anyagi ráfordítást és több kezelést igényelnek.
- Pszichopatológiai állapotok, a drogok farmakológiai hatásából következnek. Ilyenek pl. az organikus agyi szindrómák: intoxikáció, elvonási szindróma, pl. téveszmék, hallucinatórikus állapotok. A hatás drogonként eltérő: depresszió, szorongás, fóbiák, az opiát használóknál; pánikállapotok a depresszáns

használóknál; nem specifikus viselkedés és személyiség problémák a különböző pszichopatológiás állapotokban.

- Speciális fejlődési károsodások: egocentrizmus, elidegenedés, biokémiai anyagcsere zavarok, stb.
- Utódokban bekövetkező változások ópiátoknál: a gyermek is függő lesz, elvonási tünet a babánál is jelentkezik. Ez az un. „ópiátos baba". Ha a kokaint terhesen szedik a magzatnál agykárosulás, vízfejűség, és fejletlen agyvelő alakulhat ki.

4.5. A drogozás felismerése:

1. **Egyéni jelek**: Leginkább *magatartásbeli változásokban* nyilvánulnak meg: érdeklődés csökkenése; teljesítmények, tanulási eredmények rosszabbodása, iskolakerülés; családon belüli kapcsolatok romlása; szokások, életmódbeli változások, pl. terv és cél nélküli szabadságra törekvés, túlzott költekezés, kölcsönkérés, pénz és egyéb értékek lopása; zárkózottság, új barátok titkolása, gyakori és hosszas kimaradások otthonról; szokatlan dühkitörések; alkalmazkodó képesség romlása; önmaga és ruhája elhanyagolása vagy szubkultúrás divatok követése (ékszerek, tetoválás, frizura...); illatszerek túlzott használata (a szag elnyomására), karkötők használata (a tűszúrás' eltakarására), napszemüveg felesleges használata (a tágult pupilla elfedésére); a beszédstílusra a szegényes szókincs, sztereotip elemek gyakorisága és tartalmi sivárság, trágárkodás lesz jellemző.

A magatartás megváltozását *érzelmi-motivációs és akarati* sajátosságokban bekövetkező módosulások is követik. Ilyenek a:

- túlérzékenység, idegesség, szorongás, feszültség, nyugtalanság, izgatottság;
- kedvtelenség, reménytelenség, levertség, depresszió;
- közömbösség, passzivitás, közöny, érdektelenség az élet dolgai iránt;
- közlékenység, bőbeszédűség, hangoskodás, összefüggéstelen vagy egy témához rögzülés (obszedáns téma);
- megnövekedett, nem szelektív szociabilitás;
- ok nélküli jókedv, öröm kitörések vagy agresszivitás, esetleg rohamokban jelentkező félelem;
- figyelem és koncentráció zavar, feledékenység;
- megbízhatatlanság;
- indokolatlan fáradtság, gyors kimerülés, a teljesítő képesség ingadozása és általános csökkenése;
- alvászavar, álmatlanság vagy aluszékonyság;
- téri, időbeli tájékozódási zavarok, hallucinációk, téveszmék;
- derealizáció, deperszonalizáció.

A lelki tüneteket a fizikai állapot romlása és egyéb *testi tünetek* kísérik:

- testi fejletlenség, soványság, rosszul tápláltság;
- bőr elváltozások: sápadt arcbőr, kékes elszíneződések, tűszúrások;
- beesett arc, beesett szemek, szűkebb (ópiátok) vagy tágabb (hallucinogének) pupillák;
- száj szárazság, ápolatlan, rossz fogazat, orrfolyás, szem könnyezés;
- hasmenés, étvágytalanság, hányinger, fogyás;
- megnövekedett igény az édes italok iránt;

- túlzott érzékenység a külső és belső ingerekre pl. fényre, zajra, fájdalomra;
- szédülés, járás bizonytalanná válása;
- szív panaszok, sőt szív izom gyulladás;
- pulzus lassúbbá (ópiátok) vagy gyorsabbá (stimulánsok) válik.

2. Csoportjelek:

- együttes túlmaradás iskolai rendezvényekről, csoportos bújkálás pl. az iskola udvaron, WC.-ben idegenekkel, főleg idősebbek el való kapcsolattartás, csavargás;
- közösen elkövetett lopások, tárgyak szokatlan körülmények közötti cseréje;
- alvilági, narkós szleng használata;
- kábítószeres pletykák alanyaivá válnak;
- a közösséggel szembenálló, támadó jellegű csoportképződés, agresszivitás, durvaság, támadó attitűd, elutasító magatartás, őszintétlenség vagy magányosság, peremhelyzet.

3. Gyanút keltő használati tárgyak:

- ezüst papírdarabkák (hasis, marihuána, LSD szokásos csomagoló anyaga);
- színes, általában kékes- lila, préselt, nem gyári készítésű tabletták, ismeretlen gyógyszerek;
- kockacukor darabkák;
- injekcióra, befecskendezésre használható tárgyak;
- szokatlan tárgyak, pl. levél mérleg felbukkanása;
- égett, kormos aljú kiskanál megjelenése;
- szokatlan szag a lakásban;
- kifacsart citromhéj vagy citromos flakon (a heroin fogyasztóknál;

BUDAPEST CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- üres vagy kitöltött orvosi receptek, indigó, stb.

4.6. Fontosabb drogtípusok

Összegző tájékoztatásként táblázat mutatok be a Kábítószer megelőzés című Tanári Kézikönyv alapján. (bibl. 35)

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Típusok	Eredet	Felhasználás	Hatás, veszélyek	Függőség
HASIS	A Cannabis növény gyantája. Többnyire préselt, barna lapocskák.	Dohánnyal keverve szívják (marihuána) Ritkábban ételekbe, italokba keverik.	Tompítja a gondolkodást. Intenzívebb az érdeklődés, főleg a szín és hangélmények. Nagyobb adagok esetén előfordulhatnak hallucinációk és szorongások. Tartós fogyasztás esetén csökken a teljesítőképesség, depresszió alakulhat ki. Hosszú távon lelki egyensúlyzavarokat idézhet elő, túlérzékenységet és passzivitást válthat ki. Megszűnik az érdeklődés az iskola és a tanulás iránt.	Lelki függőség
LSD	Vegyi úton előállított, világos színű folyadék: Dietil-amid; Kis tablettákat készítenek belőle.	Szájon át.	Erős hallucinációk, érzékcsalódások: a hangok érezhetővé válnak, a színeknek ízük van. Tudatzavarok helyváltoztatási nehézségek, felfokozott képzeleterő. Gyors egymásutánban követik egymást euforikus állapotok és depressziók. Előfordulhatnak tévcselekedetek. Folyamatos fogyasztása megváltoztatja a személyiséget. Szorongásos, paranoid állapotok, üldözési mánia és elmebetegségek alakulhatnak ki.	Súlyos lelki függőség
KOKAIN	Fehér por a kokacserje leveleiből.	Beszippantják, vagy fecskendővel adják be.	Feloldja a gátlásokat, feldobja az embert, érzékcsalódást okoz. Üldözési mánia, agresszióra való hajlam alakul ki. Tartós fogyasztás esetén álmatlanság, étvágytalanság, májkárosodás lép fel, majd a teljes testi hanyatlás veszi kezdetét. Súlyos depressziók, hallucinációk léphetnek fel.	Súlyos lelki függőség
OPIÁTOK	Ópium, a mákgubó leve, Morfint, morfiumot tartalmaz, vegyi úton átalakítható heroinná, por formában fogyasztják a nyersópium kis golyók formájában kerül forgalomba	A heroint és a morfiumot fecskendővel adják be, néha beszippantják; a nyers ópiumot füst formájában lélegzik be.	Csökkenti a nyugtalanságot és a szorongásokat, erős kábulatot, túlzott önérzetességet és téves ítéletalkotást okoz. Túladagolás esetén: szívműködési és légzési zavarokat okozhat, melyek végzetessé is válhatnak. Tartós fogyasztás esetén: gyomor és bélműködési zavarok, végül a szervezet leromlása következhet be. Nem steril fecskendő használatánál fertőzésveszély, fekélyek, tályogok, sárgaság, AIDS	Súlyos testi és lelki függőség

A drog típusok bemutatása apróbb módosításoktól eltekintve a Collier Books [8] alapján történik.

A. DEPRESSZÁNSOK:

OPIÁTOK

HEROIN

Általánosan elterjedt nevei: big H (nagy H), blanks (átkozott), boy (fiú), brother (báty), brown (barna), brown sugar (barna cukor), caballo, ca-ca, Chinese red (inai vörös), chiva., cobics, crap (dobókocka), doojee, dope (dopping), flea powder (bolhapor), goods (áru), H, hard stuff (kemény anyag), Harry, horse (ló), joy powder (örömpor), junk (ócskaság), Mexican mud (mexikói sár), poison (méreg), scag, scar (sebhely), schmeck (finomság), shit (szar), skag, smack (csapás), smeck, snow (hó), stuff (anyag), sugar (cukor), tecaba, thing (dolog), white stuff (fehér anyag).

A heroin a kábítószerek királya, az amerikai narkósok legkedveltebb drogja. Nem annyira maga a heroin vonzó, sokkal inkább a vele járó életstílus.

A heroin fehér vagy barna, kristályos, szagtalan, keserű, vízben oldódó por. A színe attól függ, hogy hol gyártották: a mexikói barna, a közép-keleti és az ázsiai fehér. A máktermesztő országok az un. „Arany Háromszög" mentén találhatók. Nagy termesztenek mákot

[8] Collier Books, New York, Szerzők: L., A., Young, L., G., Young, M., M, Klein, D., M., Klein, D., Beyer, fordító Czárán Tamás

főleg Mexikóban, Törökországban, Kínában, Indiában, Burmában, Laoszban és Thaiföldön.

Az anyagot a máknövény tejnedvéből ópiummá főzik, a főzetből kivonják a morfint, amit végül kémiai úton tiszta heroinná alakítanak. A heroin tehát a morfin félig szintetikusan előállított származéka, háromszor olyan erős hatást vált ki mint a morfin és sokkal addiktivabb nála.

A heroin az opiátok csoportjába tartozó, kábító hatású fájdalomcsillapító szer. Fehér porkeverék, amely a heroinon kívül cukrot, hintőport, [illegible] -sókat, mannitot vagy mannibolt (enyhe hashajtó) szappanport, kinint agy sztrichnint tartalmaz. Tulajdonképpen bármilyen fehér por alkalmas az alapanyag feldúsítására. Ezt gyakran ki is használják, nem törődve a tragikus következményekkel.

A kereskedelmi forgalom számára először Németországban gyártottak heroint a századforduló körül. Eredetileg a bizonytalan addiktív morfin és kodein helyettesítésére használták, mert annyira ártalmatlan szernek tartották, hogy a krónikus alkoholisták kezelésében az alkohol helyettesítőjeként alkalmazták. A heroint gyakran írták fel a köhögés csillapítására és a szabadalmaztatott fájdalomcsillapítókba, - altató-nyugtatószerekbe keverték. A fenti céloknak megfelelt, de nem vették figyelembe, hogy mindenen más, a központi idegrendszer hatása alatt álló funkciót is elnyom. Súlyos, krónikus, hasmenést okoz, a pupillákat összeszűkíti, blokkolja bizonyos agyterületek működését, ami megakadályozza a normális éhség és szomjúságérzet kialakulását.

A szerhasználat következtében a dependencia igen gyorsan, napi, illetve gyakori használat esetén az első és a harmadik hét között kialakul. A fizikailag dependens heroinista ha négy-hat óránként nem jut hozzá az adagjához

megvonási tünetek hullámaitól szenved. Hogy kinek mekkora az "adagja", az attól függ, hogy az illető mennyi heroint használt és mennyi ideig. Azok akik először használják 2-8 mg-mal kezdenek, de akiknél már kialakult a tolerancia, napi 450 mg-ot is belőnek maguknak. A heroinisták nagy része fecskendővel adja be magának a heroint. A módszer gyakran rendkívül primitív, házilagos: a heroint vízben, egy hajlított nyelű teáskanálban vagy egy fémkupakban, egy gyufa lángjának melegénél oldják fel. A drogot intravénásan., bármely vénába be lehet adni, de alkalmazzák az összecsippentett bőr felülete alá injektálva is. Az injekciós módszert "mainlining'-nak", közvetlen útnak nevezik. Ez a legkedveltebb módszer, mert így a drága heroinból semmi nem vész kárba és a hatás kezdeti intenzitása is sokkal nagyobb. Egyik-másik heroinista a heroint kokainnal vagy speed-del (amfetaminnal) keverve használja. Az ilyen keverékeket speedball-nak vagy bombita-nak nevezik.

A heroin orrba felszippantva vagy cigarettába sodorva is alkalmazható. A cigarettás módszert gazdaságtalannak tartják, mert az anyag jelentős része elszáll a füstben.

Minden alkalmazási mód addikcióhoz vezet, bár azok, akik orron át vagy cigarettában használják, hosszabb idő alatt válnak dependenssé. A "hétvégi szippantók" (akiket chipper-eknek, "morzsásoknak" is neveznek) nagy tömegei hosszú ideig sikeresen kerülik el az addikciót, de gyakran ők is függővé válnak.

Minden narkós azt hiszi magáról, hogy ő lesz az egyetlen, aki az addikció veszélye nélkül, tartósan használhatja a heroint.

Aki először próbálja ki, azzal előfordul, hogy enyhe hányingert érez, esetleg hány is, de, ha hozzászokott

a droghoz a beinjekciózás pillanatában lüktető, hullámzó euforiát és izgalmakat él át. A belövés rituáléja után a legtöbb heroinista az orgazmushoz közeli békesség-megkönnyebbülés- kielégülés- élményt és fizikai melegséget érez. A heroin szertefoszlatja a valóságot: az áldozat ellustul, letargikussá, apatikussá, majd érzéketlenné válik. A környezete néhány órán keresztül, amíg el nem jön az újabb belövés ideje, közömbös lesz számára. Az életfontosságú dolgok, pl. az étkezés, a sex vagy az átkelés az úton igen csekély vagy semmi jelentőséggel sem bírnak a számára. A drog további használata nem jár pozitív hatással, csupán enyhíti a fájdalmakat, a szorongást, a rettegést és a depressziót, miközben minden emberi érzést kiöl belőle. Az áldozat passzív heroin-géppé válik. Onnan tudja, hogy eljött a következő injekció ideje, hogy a bőre viszketni kezd, elönti az izzadtság, az orra elkezd folyni, a gyomra felkavarodik vagy görcsöl, forró és hideg hullámok árasztják el a testét, a szeme vizenyőssé válik, pupillái kitágulnak, látása kettős lesz. Ettől csak az újabb heroin adag menti meg.

Mivel az adagot a kínok enyhítéséhez is folyamatosan növelni kell, a heroinista egyre kevesebb örömet érez, de egyre több a drog káros hatása. Ha 3-8 órán át nem jut szerhez, beáll a megvonási fázis, minden narkós rémálma. Három-négy napig bolyong a delírium labirintusában: hideg verejték, hőhullámok, fájdalmak, ásítási rohamok, hányinger, hasmenés, görcsök, reszketés, depresszió, szapora légzés, láz, gyengeség, étvágytalanság, tüsszögés, fejfájás és rohamok várnak rá. Szenvedései leírhatatlanok. Ezt az állapotot a "hideg pulyka" néven emlegetik, mert ilyenkor az ember bőre olyan, mint a bontott pulykáé.

Maga a heroin nem feltétlenül okoz fizikai és mentális leépülést illetve agykárosodást. A narkós koordinációs és döntőképessége megmaradhat, de ki van téve sok olyan betegségnek, amelyek a drog beinjekciózásának közvetett következményeként lépnek fel. A szennyezett vagy használt tű fertőző, szérum-hepatitist, szepticémiát (az erek gyulladásához vezető vérmérgezést) vagy szívbelhártya-gyulladást okozhat. Nem ritka a tetanusz, az üszkösödés, a szájzár, a kardiovaszkuláris és tüdő rendellenességek előfordulása sem. A vénák túlterhelése a végtagok elhalásával járhat.

A heroin súlyos szülészeti problémákat is okozhat azáltal, hogy a gyermek ópiát dependenciával jön a világra, mert már magzatkorában túl sok heroin jutott a szervezetébe.

Az elégtelen táplálkozás és a köhögési ingerek miatt gyakori az alultápláltság, a tüdőgyulladás és a krónikus hörghurut. A narkós gyakran sokkos állapotba kerülhet, légzési zavarok léphetnek fel nála, ami az agy oxigénellátását a kritikus szint alá csökkenti és kómához vezet.

A heroin hígítására használt hamisítványok tüdő ödémát okozhatnak, ezért a heroinisták körében a fiatalkori elhalálozás rátája kétszer akkora, mint az egészséges populációé.

Kevés hiteles információval rendelkezünk a heroinisták halálokait illetően. A legtöbb kutató orvos bizonyítékok híján úgy véli, hogy a túladagolás letális lehet. A halált sokáig egyértelműen a túladagolásnak tulajdonították. Ez a szemlélet mostanában egyre inkább megkérdőjeleződik. Állatkísérletek eredményei szerint nem létezik letális dózis heroinból. Egyes elméletek szerint nem maga a heroin öl, elképzelhető, hogy a hamisításra használt

kinin vagy a durva heroin-keverékek által kiváltott sokkszerű állapot a halál közvetlen oka. Más szakemberek úgy vélik, hogy a narkós végzetének az az oka, hogy ittasan, vagy barbiturátok hatása alatt használja a heroint.

Az esetleges túladagolásra van hatékony orvosi kezelés. Az áldozatot azonnal korházba kell szállítani, ahol Narcan-t vagy Nalline-t adnak neki. Ezek a szerek a heroin veszélyes nyugtató hatását visszafordítják. A legtöbb narkós ma is abban a hitben él, hogy, ha tejet vagy sós vizet injektálnak be neki, az elegendő vé[illegible]jt. Ez a népi gyógymód nemcsak hogy nem hatásos, de súlyos komplikációkhoz, kómához, agykárosodáshoz, tüdővizenyőhöz, vagy akár halálhoz is vezethet.

Az eddig leírt hatások és szimptómák a drog tulajdonságainak közvetlen következményei, de a narkós életmódjából adódó veszélyek sora is tetemes.

A narkóst gyakran érik balesetek, mert elszakad a realitástól. Könnyen erőszakos cselekmények áldozatává válik, miközben napi adagját próbálja megszerezni.

A narkós nagy összegeket fizet a feketepiacon a hígított és hamisított anyagért, a gettó bűnözői és a betegségek között kell vergődnie a puszta életben maradásért.

Van sok középosztálybeli narkós is, akik a maguk ópiát-adagját legális úton, a patikában szerzik be. Közöttük elég nagy hányadot képviselnek az egészségügyben dolgozó orvosok, ápolók, gyógyszerészek és ezek hozzátartozói. Ezek a narkósok nem kevésbé dependensek mint alsóbb osztálybeli sorstársaik, a társadalom mégis csak az utóbbiakat sújtja megvetésével. Az utca narkósának megalázó és degeneráló életmódja nem a heroin bűne, hanem a legális heroin-forrás hiányáé. Ha

az ópiátok a középosztálybeli egészségügyiekhez hasonlóan könnyen hozzáférhetők lennének az átlag-narkós számára is, akkor szenvedélye neki sem feltétlenül tenné tönkre az életét, családját és a munkáját.

Mivel a heroin csökkenti az agresszivitást a legtöbb olyan bűneset, amelynek köze van a heroinhoz nem ember, hanem vagyon elleni cselekmény. Az utca narkósának szenvedélye 40 es 100 dollár közötti összegbe kerül naponta., "nikkel" (5-dolláros) vagy "dime" (10-dolláros) adagokban, esetleg kis átlátszó borítékokba csomagolt anyagban. Ez utóbbi "kiszerelés" neve: deck. Ahhoz, hogy ez a mennyiség tartható legyen a narkósnak kb. ötször akkora értéket kell ellopnia mint amennyibe a drog kerül, mert az orgazdák a lopott áru valódi értékének csak a töredékét fizetik ki neki. Számtalan tv- és video készülék, sztereo-berendezés és ékszer tűnt el a középosztály otthonaiból emiatt. Bizonyos értelemben ez "adó", amit azért fizetnek, mert egy orvosi ill. szociológiai problémát jogi kérdésként kezelnek.

A drogok elleni küzdelemnek ez a tiltó-büntető formája eddig sehol nem vált be. Még a törvény őrei is kénytelenek elismerni, hogy a heroincsempészet és a heroinfogyasztás rendszeres üldözése semmivel nem csökkenti az évente megjelenő új narkósak számát, ill. a drog elérhetőségét. Az efféle akciók egyetlen jól kivehető eredménye a drog árának növekedése, ami csillagászati magasságokba szökik a heroin-pánik időszakaiban, a narkósok tömegeit kényszerítve arra, hogy mind több fényképezőgépet és bundát lopjanak szenvedélyük kielégítése érdekében.

A heroin óriási üzlet. A kilónként 40 dollár értékű török ópium-magból utcai forgalmi értékben 45.000 dollárnyi heroint lehet előállítani. Optimális anyag a

csempészet szempontjából, mert kis mennyiség is nagyon nagy hasznot produkál.

Az állami ellenőrzés költségei csillagászati összegekre rúgnak. Az amerikai kormány évente kb. egymilliárd dollárt költ kábítószerellenes tevékenységekre. A heroin illegalitása miatt az amerikai társadalom évente kb. 4 milliárd dollárt fizet lopott vagyontárgyak formájában. A narkós saját fizikai leromlásával és a napi dózis felhajtására koncentráló, beszűkült tudatával fizet.

A heroin amerikai pályafutása során, nem állt mindig a büntetés-orientált, puritanisztikus jogi szemléletmód hatálya alatt. A XIX. század végén több ópiát-dependens ember élt Amerikában, mint ma. Régebben az ópiát-használók túlnyomó többségét nők és gyerekek alkották, mivel a szert rutinszerűen írták fel köhögés, fejfájás és menstruációs panaszok ellen. Az érdekeltek naponta akadálytalanul élhettek a droggal, amely a legális forgalomban elviselhető áron volt beszerezhető. Az ópiát-dependeciát nem tekintették ugyan szociális érdemnek, de eltűrték nagyjából úgy, ahogy ma a zugalkoholizmust.

1914-ben a Kongresszus elfogadta a Harrison-féle kábítószer-rendeletet, amely engedély beszerzéséhez kötötte az ópiátszármazékok gyártást és forgalmazását, valamint adót rótt ki ezekre. Az engedély bonyodalmas beszerzése, az adó, valamint a könyvelési előírások elriasztották az orvosokat ezeknek a drogoknak a felírásától.

1924-ben a szövetségi törvényben megtiltották a heroin házi előállítását, mire a feketepiaci forgalom óriásira duzzadt. A kormány legális kábítószer-elosztó klinikákat létesített a meglévő heroinistáknak, de a rossz diagnózisok, a hibás elosztás és adminisztráció miatt a klinikák azelőtt felszámolódtak, mielőtt a legálisan

beszerezhető heroin hatásai pontosan felmérhetők lettek volna. A narkósok társadalma azonban nem tűnt el, inkább az alvilágba asszimilálódott.

A II. Világháború után az ópiát-dependensek száma megugrott. A vietnámi háborúból riasztó számban tértek haza a heroin-dependens veteránok. A harctéri nappalok és éjszakák borzalmai és rettegései ellen alkalmas szernek látszott a helyben előállítható nagy tisztaságú heroin, amihez ott olcsón lehetett hozzájutni.

A hatvanas években a gazdag, külvárosi ifjúság soraiból került ki a narkósak következő generációja. Ennek a hullámnak részben az volt az oka, hogy a hatóságok hamis információkat terjesztettek minden drogról. Világos, hogy ezek után a heroinról terjedő híreket sem vették komolyan. Arra a logikus következtetésre jutottak, hogy a "hivatalos" drog-információknak nem kell hinni. A heroint sokkal ártalmatlanabb szernek tartották a hirénél.

Manapság a törvény kemény büntetéssel sújtja a heroin használatát és forgalmazását. A szövetségi törvények szerint 1 évi börtön vagy 5.000 dollár büntetés jár az első heroin használatával kapcsalatos bűncselekményért és 2 évi börtön, ill. 10 000 dolláros büntetés a továbbiakért. A heroin forgalmazásáért az első alkalommal 15 évi börtönbüntetést vagy 25.000 dollárt szabhatnak ki a Federal Controlled Substances-nak az Act 1. kiegészítő jogszabálya értelmében. A további esetekben 30 évi börtön, ill. 50.000 dolláros büntetés róható ki.

Az egyes államok ide vonatkozó törvényei különbözőek, de az államok nagy része a Uniform Narcotics Act aláírója lévén, a heroinnal kapcsalatos cselekményeket általában bűncselekményként kezeli.

Még tartja magár az a tévhit, hogy a heroin dependencia megszűntethető, csak a narkós erős elhatározása szükséges hozzá. Úgy tunik azonban, hogy akár sokéves absztinencia-periódusok után sem lehet a személyes akaraterőre, mint lehetséges megoldásra számitani. Azt már tudjuk, hogy az "ex-heroinistát" az elvonókúra után is elfoghatja és általában el is fogja a drog utáni gyötrő vágyakozás különösen a szorongásos periódusokban ill. akkor, ha a régi narkós barátokkal, ismerősökkel kerül újra kapcsolatba. A kutatók szerint a fizikai vágyakozás és az erős pszichológiai kényszer alighanem egyaránt az absztinens "ex-heroinisták" szervezetében a narkós korszakban végbementő visszafordithatatlan biokémiai változásokkal magyarázható. Az a tény, hogy a különböző kezelési módszerek siker-hányada csaknem nulla, arra kell késztessen minket, hogy felülvizsgáljuk az addikció természetéről, okairól és hatásairól vallott mai nézeteinket.

MORFIN

Általánosan elterjedt nevei: cobies, cube (kocka), dope (altató), emsel, first line (első vonal), goods (áru), hard stuff (kemény anyag), hocus (bájital) junk (szemét), Miss Emma, morf, morphie, morpho, morphy, mud (sár) sister (nővér), stuff (anyag), white stuff, uunkie ...

Az eddig felfedezett fájdalomcsillapítók között az egyik leghatékonyabb a morfin (morfin-szulfát). Ez az anyag okozza az ópium euforikus pszichológiai hatását. Mint minden ópiátszármazék, a morfium is igen erős és ugyanakkor addiktív. Ha valaki rászokik, igen nehezen tér vissza a normális élethez. Szerencsére csak lassan, hosszantartó használat esetén válik szenvedéllyé.

A morfint a Mexicoból, a Közel-, Közép- és Távol-Keletről származó nyers ópiumból állítják elő. A patikákba tabletták, kapszulák, injektálható oldatok formájában kerül. A morfin tiszta, fehér kristályos, szagtalan, világosbarna vagy fehér.

A morfin injekciókat intramuszkulárisan vagy szubkután adják be. Por alakú változatait cigarettában is el lehet szívni. Az utóbbi módszert ritkán használják, mert injekció formájában a leghatékonyabb a szer.

A morfin a központi idegrendszer depresszánsa. Aki először használja olykor pánikba esik, émelyeg, hány, de amint hozzászokik a szervezete a drog erőteljes hatásaihoz, elméje a kielégültség állapotába jut. A morfinista tudata aranyszínű ködbe merül, fájdalmakat, szorongást nem érez, valóságérzéke teljesen megszűnik. Nem véletlen, hogy az a német tudós, aki a drogot először felfedezte, Morpheusról, az álom görög istenéről nevezte el.

A közepes dózisok érszűkítő hatásúak és elnyomják a normális késztetéseket, az éhségérzetet és a szexuális

vágyat. A tudat elcsendesedik és mozdíthatatlan nyugalomba merül. A végtagok elnehezülnek, miközben a drog a testet és a tudatot a kellemes zsibbadtság állapotába juttatja.

Az orvosok a morfint az erős fájdalmak és az ezekhez kapcsolódó szorongás csökkentésére használják. Hatására a beteg gyönyörteli álomba merül.

A morfinista is érzi ugyan azt a kezdeti gyönyört, amit az alkalmi használó és a morfinnal nyugtatott beteg, de az eufórikus állapotba már nem jut el. Nem sokkal azután, hogy a szokásos dózist beadta magának, "normális" állapotban érzi magát három-négy órán át. Ezután izzadni kezd, ingerlékennyé válik és szervezete követelni kezdi a következő dózist. Ha nem jut morfinhoz, jelentkeznek a megvonási tünetek: hideg verejték, hideg és meleg hullámok, hányinger, görcsök, izzadás, láz, reszketés, nyugtalanság, szorongás. Nagyabb dózisok hatására, ill. toxikus reakciók esetén, a pupillák összeszűkülnek, a vérnyomás leesik, a test kihül, a bőr elkékül, sokkos állapot, eszméletvesztés, kóma alakul ki, a légzés leáll, esetleg a beteg meg is hal.

A jelenlegi álláspont szerint a traumatikus reakciókat nem egyedül a morfin váltja ki, hanem a más drogokkal (pl. alkohollal, barbiturátokkal vagy a hamisítására használt kininnel) való keverése.

Ha valaki túladagolja magának a morfint, azonnal kórházba kell szállítani, ahol valamely ópiát-antagonistát, pl. Nalline-t adnak neki. Egyúttal megkezdődik az orvosi felügyelet melletti detoxikálás is.

A morfint legelőször 1805-ben szintetizáltak, amikor különböző fájdalmak és betegségek ellen alkalmazták. Az 1800-as évek voltak a morfin legszebb évei. Semmiféle korlátozás alá nem esett a forgalmazása és a

használata. Az injekció 1850-ben történt felfedezése után a morfin kedvelt fájdalomcsillapító szer lett. Erre a célra standardizált, ellenőrizhető oldatok formájában terjesztették. Nagy mennyiségben használták a Polgárháborúban, hogy a sebesültek kínjait elviselhetővé tegyék. Az első morfinisták éppen a polgárháború harcosai közül kerültek ki. Ennek ellenére a század legvégéig nem figyeltek fel arra, hogy a morfin igen erősen addiktív drog, sőt a heroin ártalmatlan szubsztituenseként vezették be és használták mindaddig, amíg ki nem derült, hogy a helyettesítő anyag még addiktívabb.

1914-ben a Harrison-féle törvénnyel szabályozták először az óriási volumenű morfin forgalmazást, szabadalmi előírások és adók alkalmazásával.

A morfinra vonatkozó előírásokat jelenleg a Federal Controlled Substances Act (Szövetségi Kábítószer-KontrolláloTörvény), II. Kiegészítése tartalmazza. Ma már csak ellenőrzött orvosi célú alkalmazása megengedett, és az utcai kábítószer kereskedelemben ritkán tűnik fel.

CODEIN

Általánosan elterjedt neve: schoolboy (iskolásfiú).

A történelem előtti korok óta ismert kodein a legolcsóbb és leghatásosabb köhögéscsillapító gyógyszer. Fájdalom csillapító hatása is van.

Az ópiátok közé sorolható, a máknövény tejnedvéből vonják ki. Hosszú ideig tartó fogyasztás esetén addiktív. Kémiai neve metil-morfin. Tabletta és szirup formájában használatos. Intravénásan kevésbé hat, mert nehezen oldódik. A narkósok akkor használják, ha más ópiátok elérhetetlenek számukra és megvonásos tünetekkel küzdenek. Ernyedt, euforikus állapotot, kellemes álmatagságot idéz elő. Akik narkotikumként szedik, a beszüntetés után nyugtalanok, deprimáltak, ingerlékenyek lesznek.

Az Amerikai Szövetségi Controlled Substances Act a II. veszélyességi fokozatba sorolja. Ha valaki rövid ideig pl. csak köhögés csillapításra használja, a drog jótékony hatása kerül előtérbe, ezért ma is forgalmazzák gyógyszerként.

METADON

Általánosan elterjedt nevei: medicine (gyógyszer), doll (baba), bisquits (keksz)

A valóságban kábítószer, mégis úgy ismerik, mint az ópiát-fogyasztók mentőövét, „útlevelet" a szabaduláshoz. A metadon szintetikus, ópiát-jellegű érzéstelenítő. Fájdalom csökkentő hatása alig gyengébb a morfiumnál és 24 órán át megmarad. Fehér kristályos por, amit tabletta formában, vagy italokba keverve orálisan használnak. Injekcióban ritkábban adják, de tiltott forrásokból így is előkerülhet.

A II.-ik világháború alatt a németek szintetizálták és a morfin helyettesítésére használták. Alkalmazása szigorú ellenőrzés alatt működő metadon-klinikákon történik, receptre nem beszerezhető.

Kémiailag blokkolja a heroin utáni vágyakozást, de nem idézi elő a heroinra jellemző kéjes, eufórikus állapotot. A szer nem vonja maga után a tolerancia kialakulását, az elviselhető normális adagot nem kell növelni. Sőt, az adagok egyre csökkenthetők, amint a heroin dependencia enyhül. Ha valaki metadonra heroinnal próbálkozik, a heroin hatástalan marad, ezt „ kereszt-toleranciának „ nevezik.

Mellékhatásai lehetségesek, de nem okoz maradandó fiziológiás károsodást és a tudat is tiszta marad a hatása alatt. A metadon páciensek életvitele általában normális. Naponta egyszer kell bevenni. Jelképes összegért lehet hozzájutni a klinikán. Ha a metadon-dependens nem jut hozzá a szokásos adaghoz, fellép a megvonási trauma, tehát addiktív. A megvonási tünetek (hasmenés, hideg és meleg hullámok, izzadás, álmatlanság, gyomorfájás) enyhébbek mint a heroinnál, viszont eltartanak két hétig is.

Elvonó kúrákban az első két hétben nagy dózisban adják a metadont a heroinistáknak. Azután fokozatosan lehet csökkenteni. Viszonylag gazdaságos és biztonságos megoldás.

Szakemberek állítása szerint a betegek 80 %-a végig csinálja a kezelést és 90 %-a megmarad heroin mentesnek, ám más drogra tér át. Csupán 2 %-uk lesz minden drogtól mentes.

BARBITURÁTOK

Általánosan elterjedt nevei: amies, barbs, block-busters (kobaksüllyesztő), bluerbirds (*kékmadár), blue devils (kék ördög), blue heavens (kék mennyország), blues, candy (cukorka), Christmas trees (karácsonyfa), courage pills (bátorság pirula), double trouble (dupla baj), downers (alászálló), down (lent) ....*

A barbiturátok kifejlesztésével úgy tűnt megszűntethető az emberiség örök nyűge, az álmatlanság és a szorongás. Ám hamarosan kiderült, hogy a csodaszer még nagyobb bajt okozott, mint maga a betegség. A heroinhoz hasonló erős függőséget alakít ki és a megvonási tünetek is veszélyesek.

Barbiturátokat először Belgiumban szintetizáltak 1684-ben, de 1903-ig a Veronál bevezetéséig nem indult meg fejlesztése. 1912-ben a Luminal lett a népszerű barbiturát, amit több mint 2500 barbitursav-származék szintézise követett. A harmincas években kezdtek gyűlni a bizonyítékok arra, hogy az alkoholéhoz hasonló

mellékhatások árnyékolják be a „mámorpirula", a „kapszulázott mulatság " jó hírnevét.

Használják „sleeper"-ként (altató), nyugtatóként, görcsoldóként, enyhe fájdalomcsillapítóként, feszültség oldóként és alkohol-elvonó kezelések részeként.

A szert, fehér por alakjában, színesen kapszulázva, tablettázva, végbélkúpban, injekciózásra alkalmas oldat formájában használják. Hatását az által fejti ki, hogy gátolja az impulzusok átadását az agyban, megváltoztatja a kémiai egyensúlyt és csökkenti néhány szervrendszer (szívritmus, vérnyomás, légzés, idegrendszeri működések, vázizmok) működésének intenzitását. E hatások erőssége a dózissal nő, a szorongás enyhülésétől a kómán keresztül a halálig. A felszívódott drog a véráramba kerül és szétoszlik az egész testben. A test azon helyein halmozódik fel, ahol zsírlerakódások vannak. A hatás erőssége attól függ, hogy a drog milyen gyorsan megy át a testen, ill. metabolizálódik. Metabolizálása és kiválasztása a vesékben és a májban történik. A barbiturátok jelenléte a szervezetben laboratóriumi tesztek segítségével kimutatható. A barbiturátok hatása személyenként és a személy állapotának függvényében változó. A nyugodt derűtől az ellenséges érzelmekig változhat. A barbiturátok rövidtávú hatása az alkohol hatására hasonlít. Hosszú távú, rendszeres használatuk krónikus tüneteket eredményez: állandó álmosság és lustaság, feledékenység, figyelmetlenség, koordináció zavarok, érzelmi instabilitás, kiütések, hányás, szorongás és idegesség, akaratlan szemmozgások, támolygó járás, összemosódó beszéd, kézremegés. A paranoid téveszmék és a megnövekedett harciasság a barbiturátok tipikus jegyét, az erőszakot idézik elő. Nagyon gyorsan kifejlődik a tolerancia a drog iránt. A barbiturátok a

méhlepényen is átjutnak, így a dependens anyák gyermekei is dependensek lesznek.

Rövid távon a napi 100-200 mg-os adag nem okoz dependenciát. A 600-800 mg-os adag egy-két hónap alatt toleranciához vezet. Ez az ópiátoktól eltérően fokozatosan alakul ki. A legtöbb ember számára az orvos által felírt adag tízszerese letális. Átmeneti szedés után rövid absztinencia elégséges a tolerancia megszűnéséhez. A hosszú ideig nagy dózisokban szedett adag még a heroinnál is veszélyesebb megvonási tüneteket eredményezhet. A kezelés nélküli megvonás „hideg pulyka" szindrómát vált ki, ami két hétig is eltarthat. A megvonási tünetek újra és újra megújuló erővel jelentkeznek: étvágytalanság, szorongás, álmatlanság, izzadás, nyugtalanság, hányinger, hányás, hiperaktivitás, remegés, heves görcsök, magas szívritmus, erős izomrángások, majd hallucináció, delírium, paranoia, hőhullámok, rohamok, epilepsziához hasonlító görcsök kínozzák az áldozatot. Az alkoholisták delírium tremensséhez hasonló állapot is kialakulhat, amely a teljes kimerüléshez, a szív és érrendszer működésének összeomlásához vezethet, vese elégtelenség sőt a beteg halála is bekövetkezhet. A megvonást nem szabad orvosi felügyelet nélkül végezni. Kritikus a megvonás második-harmadik napja a rövid hatástartamú barbiturátok esetében, valamint a hetedik-nyolcadik nap a hosszú hatástartamúaknál.

A barbiturátokat ópiátokkal, antihisztaminokkal, hipnotikumokkal vagy alkohollal szokták keverni. Ezek a kombinációk nagyon veszélyesek, mivel növelik a túladagolás veszélyét. Pl. amíg a máj az alkohol lebontásával foglalkozik, addig a barbiturátok lebontása szünetel, érintetlenül járják be a szervezetet és telítődnek velük a szervek. Mire sor kerülhet metabolizálásukra, már

romboló hatásukat kifejtették. A heroinisták gyakran használnak barbiturátokat, ha nem jutnak heroinhoz. Ha még alkoholt is isznak rá, az esetek nagy többsége végzetes. A barbiturátok és amfetaminok keverés az egyik legveszélyesebb kombináció. Gyakran váltakozva használják a két szert: először amfetamint, ami „gyorsulást" okoz, majd „pihenőnek", barbiturátot. Ez az ördögi kör pszichózist idéz elő és életveszélyes.

A barbiturátok okozta halálesetek közvetlen oka általában az agy légzésszabályozó központjának depressziója. A túladagolást a sokk-szindróma jelzi: izzadás, hideg bőrfelület, gyenge-gyors pulzus, fájdalmas-lassú vagy gyors-felületes légzés. Ezeket mély kóma, valamint a légzés és veseműködés leállása követi. Mivel a barbiturátok csökkentik az agy oxigénellátását, azok akik túlélik a túladagolást, gyakran agykárosodást szenvednek.

A túladagolást mindig korházban kell kezelni, nem szabad hagyni a beteget, hogy elaludjon, járkálnia kell, nem szabad kávét vagy amfetamint adni neki, ezek amúgy sem gyengítik a barbiturátok hatását.

BCU IASI / CENTRUL DE ISTORIE A MEDICINEI

KOKAIN

Általánosan elterjedt nevei: Bernice, Bernies, big C, blow (robbanás), burese, Carrie, Cecil, Cholly, coke, Corine, dream (álom), dust (por), dynamite, flake (csillám), gin, girl (lány), gold dust (arany por), happy dust (boldogság por), heaven dust (a mennyország pora), joy powder(öröm por), lady, leaf (levél), nose (orr), nose candy (orr cukorka), nose powder(orr por), paradise, rock (szikla), snow (hó), snowbird (hómadár), speedball (gyorsító pirula), star dust (csillagpor), super blow (szuper robbanás), toot (duda szó), white (fehér), white girle(fehér lány).

A kokaint, hívei a drogok pezsgőjének tekintik. Drága drog, nagy becsben állt olyan ünnepelt nagyságok körében mint Freud, XII. Leó pápa, Sir Arthur Conan Doyle. Ma majdnem kivétel nélkül minden rock sztár nyakában ott lóg a nemesfémből kézsült kokain-kanál.

Mértékkel használva lágy, euforiát okozó drog, amelynek hatásai az amfetaminokéhoz hasonlók, de azok veszedelmes mellékhatásai nélkül. A törvény narkotikumként tartja számon.

A kokain „upper", azaz stimulá ns. Háromféle formában létezik: granulátum-, pehely- és poralakban. A granulátumok hozzáférhetők, a pelyhes kokain ínyencségnek számít. A legtöbb fogyasztó poralakban találkozik vele. A por könnyen hígítható. Az utcán is hígított állapotban lehet hozzájutni. A pusher-ek által szállított anyag ritkán tartalmaz 60%-nál több tiszta kokain-hidrokloridot. Leggyakoribb az 5 -35 százalékos tisztaságú anyag. A por

többi része a „forgács", amit azért kevernek hozzá, hogy az anyag jobb minőségűnek tűnjön ill., hogy a kokaint hígítsa. A minőség javítása céljából gyakran kevernek bele helyi érzéstelenítőket: procaint, lidocaint, benzocaint, tetracaint, és butacaint, ill. stimulánsokat, pl. amfetamint, ephedrint vagy koffeint. Hígításra általában cukrokat, pl. laktózt, inositolt vagy mannitolt használnak. Némely skrupulus nélküli dealer simán ki is hagyja a kokaint a receptből.

A késztermék fehér, csillogó por, amely keserű, szagtalan és zsibbasztó hatású a nyelvre és az ajakra. Az anyag orron keresztüli felszippantásnak kiváltsága 10 és 40 dollár közötti összegbe kerül.

A kokain beszerezhető grammos (1/28 unciás) adagokban is, de a leggyakoribb, kissé bizonytalanul meghatározható mértékegysége a „kanál", ami kb. 1/4 teáskanálnyi anyagnak felel meg. A hozzáadott „forgács" mennyiségétől és minőségétől függően a dealer 500 százalékig felmenő nettó hasznot zsebelhet be. A drog közel 100 százalékos tisztaságú, amikor az Egyesült Államokba érkezik, de a hígítások után, mire az anyag a fogyasztókhoz kerül, minősége lecsökken, ára pedig unciánként 1200 dollárig szökhet fel. A coke ára akkor volt a legmagasabb, amikor a drog illegálissá vált.

Az orvosi gyakorlatban szintetikus anyagok vették át a kokain helyét, de régebben használták helyi érzéstelenítőként, stimulánsként és anti-depresszánsként. A száj- és orrsebészek ma is alkalmazzák lokális érzéstelenítésre. Ismert nyálkahártya duzzadást gátló hatása is, ami az orr és a hörgők átjárhatóságát biztosítja.

A kokain elsődleges hatásai a következők: ha külsőleg alkalmazzák, gátolja az idegekben az ingerület továbbítását, ezért zsibbadást, fagyos érzetet okoz. Érszűkítő hatású, vérzésgátló, helyi érzéstelenítő. Ha belsőleg

alkalmazzák, a környéki idegrendszerre hat, gátolja az idegek noradrenalin-reabszorpcióját, ami által az idegeket érő ingerek hatását erősíti. A központi idegrendszerre az amfetaminokhoz hasonlóan stimulatív a hatása.

Rendszerint kanálból, szívószállal vagy összesodort bankjeggyel az orrba felszippantják, mert az orr nyálkahártyáján át gyorsan bejut a véráramba. Más nyálkahártyával borított testtájak is szóba jöhetnek a kokainnal való bedörzsölést illetően. Ha folyadékkal vagy félfolyékony anyaggal keverik, orálisan is alkalmazható. Közvetlenül a nyelvre helyezve vagy a szájpadláson, esetleg rágógumiban is élvezhető. Kevésbé ismert, de veszélyesebb az, amikor a drogot a szemhéj belső oldalára helyezik. Ha a nemi szervekben alkalmazzák, megakadályozza a korai ejakulációt, ill. megnöveli a nemi aktus időtartamát. Olyanok is vannak, akik kokain-beöntés hatására kielégülnek. A kokainos cigaretták múló zsibbadást okoznak a tüdőben, de ez a módszer kevéssé kedvelt. A kokain injekcióval is bevihető. Ezt a módszert azok használják, akik a nagyon erős kezdeti hatást kedvelik. A legveszélyesebb módja a kokainfogyasztásnak, mert az anyag közvetlenül a véráramba jut. Így a legnagyobb a dependencia kialakulásának veszélye is. A „nehéz" kokainisták húsz-harminc alkalommal is belövik magukat naponta.

Az ember reakcióját a kokainra 1974-ben, 115 évvel a drog felfedezése után kezdték vizsgálni. Általában fokozza a szexualitást, megsokszorozza a pszichikai energiákat és az önbizalmat, anélkül, hogy fellépnének a hallucinogének okozta tudatmódosulások. A drog hatása intenzív, de rövid ideig (fél óra) tart, mert a szervezet gyorsan metabolizálja a kokaint. A kokainistának újabb dózist kell bevennie, ha ismét „fent" akar lenni. Ez a „lift-

hatás" az oka sok kokainista erős pszichés dependenciájának. A kokain kiváltotta magasságból lejönni olyan mély depressziót okoz, hogy csak újabb adag kokain látszik alkalmas ellenszernek. A kokain fizikai értelemben nem igazán addiktív, de a dependenciára hajlamos személyiségű emberekben kiválthatja a túlhasználat tendenciáját. Néhány kokainhasználónak fokozatosan növekvő adagra van szüksége ahhoz, hogy a korábbival azonos hatást érjen el és elkerülje a megvonási tüneteket.

A kokain kellemes, stimuláló hatásai könnyen eszkalálódhatnak az izgatottságtól a tettvágyon, a beszédességen, a szívritmus és a pulzus gyorsulásán, a vérnyomás növekedésén, a pupillák tágulásán, a fejfájáson, a hányingeren, a hányáson, a testhőmérséklet növekedésén keresztül, akár a hallucinációkig is.

Mértékletes használat esetén ezek a tünetek ritkán jelennek meg. A túl nagy adagok használatának következtében kialakuló paranoid pszichózis egyik furcsa vonása a „ formikáció", az a hallucinatív érzés, hogy a bőr felületén vagy alatta hangyák, rovarok korzóznak, esetleg kígyók tekergőznek.

Hosszantartó, rendszeres használat után az orr szövetei pusztulni kezdenek. A kokainista állandóan szívja az orrát, hogy eltüntesse az orr árulkodó váladékozását. Az orr érintése fájdalmas, gyakori az orrvérzés. A károsodás csökkentése érdekében, ha finomabbra vágják vagy őrlik a kokaint, kisebb az esélye annak, hogy az anyag morzsái az orr szőrszálain vagy a szinusz üregekben megtelepedjenek. A kokain felszippantása után az orrüreg átöblítésével szintén csökkenthető a sejtek roncsolódása.

Nagy adagok többszöri alkalmazása fizikai leromlást és mérgezést okozhat, melynek tünetei a sápadság, a hideg verejtékezés, görcsök, ájulás, légzés

kihagyás. A halálos dózis tiszta kokainból 0,2 - 1,5 gramm között van.

A kokain igazi veszélye nem a fizikai, hanem a pszichikai dependencia. A kokaint 1914-ben a Harrison Act helyezte törvényen kívül.

A II.-ik veszélyességi kategóriába sorolják, de használatát és forgalmazását ugyanúgy büntetik, mint a heroinét.

CRACK

Már az indiánok is tudták, hogyha a kokalevelet mész vagy kagylóhéj porral együtt rágják, nagyobb hatást érnek el. A CRACK a kokain szódabikarbónával, mint bázikus szerrel összekevert formája, ez sokkal erősebb mint a sima kokain. A szorongásokat és a gátlásokat erősen oldja, ezért fogyasztói agresszióra hajlamosak. Hiánytünetei is kínzóbbak mint a kokain esetében.

AMFETAMINOK

Használt nevei: speed, eva, ice.

Stimuláló hatásuk miatt az amfetaminokat doppingként szedték a II. világháború pilótái, a kamionsoförök, vizsga előtt álló diákok, sportolók. Orvos is felírhatja depresszió ellen vagy étvágy csökkentésre. Általában tabletták és injekció formában forgalmazzák.

Hatásukra nagyfokú felpörgés, a fáradtság és alvásigény megszűnése, fogyás, idegesség, veszélyes

agresszió jelentkezik. A vérnyomás növekedése szív rendellenességekhez vezethet.

Más drogokkal vagy alkohollal is szokták keverni. Pszichés függőséget eredményez.

Az egyik legelterjedtebb amfetamin származék az **ECSTASY,** a „techno-kultúra" része, a 90-es évek kábítószere, a 16-25 évesek drogja.

Általában tabletták formájában forgalmazzák. A legismertebb tabletták neve: *Rózsaszín disznócska, Fehér-szürke, Fehér galamb, Stone, Sárga gyémánt, Fido, MDMA, Halálfej, Szív Ecstasy, Korona.*

1914-ben fedezték fel. Kezdetben étvágycsökkentésre használták. Az Egyesült Államokban 1985-ben betiltották, mert rendkívül veszélyes szer. Sárga gyémánt, fehér galamb vagy halálfej ékesíti az apró színes tablettákat. A tabletta hatása elsősorban a recepttől, a dózistól, a kedélyállapottól és a környezettől függ. A klasszikus Ecstasy hatóanyag a MDMA, de ezt más anyagokkal keverik. Az alkotóelemek palettája széles: LSD, kokain, meszkalin vagy amfetamin. Állítólag már patkányméreggel, heroinnal vagy strichninnel vegyített tabletták is kerültek forgalomba. Az adagokat csak az alvilági alkimisták ismerik. Használatának nyomán kialakul a tolerancia.

A szer bevétele után mintegy 20 perccel eufória, határtalan nyugalom és vadidegen személyek iránti rokonszenv tölti el a fogyasztót. A tudatosság határai kitágulnak, a megnövekedett energiaszint hiperaktivitást eredményez. Főleg társaságban, diszkókban használják, „közös repülésre", a könnyedség, a légiesség érzésének kiváltására. Használatakor „csak fényben és zenében vibráló test maradsz". Ellenállhatatlan mozgásigényt vált ki és viharos érzelmi kitörések is jelentkeznek. Hatása a bevett

adagtól függően 3-5 óráig tarthat. Felgyorsul a pulzus és a szervezet működése, ezért táncolnak a fiatalok tőle szinte öntudatlanul.

Mellékhatásai szintén intenzívek: heves szívdobogás, vérkeringési zavarok, szédülés, hőguta, agy és gyomor vérzés, növeli a vérnyomást és akár 42 fokos lázat is előidézhet. Nagy adagokban szívrohamot vált ki, megtámadja a májat, veséket, tönkreteszi az idegrendszert. Tizenéveseknél idő előtt szenilitást okozhat. Pszichikai szinten rősíti az önayilkossági hajlamot. Fizikai és pszichikai leépülés. erec nényez. Ha valakiben valamilyen alapbetegség lappang, könnyebben kitör rajta az Ecstasy hatására. A drog használónál megszűnnek a szervezet figyelmeztető jelzései. A táncolók nem érzik a szomjúságot, a vízhiánytól megszűnik a veseműködés és ez halálhoz vezet. Olykor az ivást túlzásba is lehet vinni. Ilyenkor a túl sok folyadék vízmérgezéshez idéz elő, mert a vesék nem tudnak megbirkózni a nagy mennyiségű folyadékkal. Veszélyességét az is növeli, hogy a diszkókban alkohollal keverik.

Az Ecstasy kábulatában gyakoriak az erőszakos cselekedetek, valamint a közúti balesetek. A baleseti ügyeletesek az ecstazyt " szombatesti öldöklésnek" nevezik az általa okozott szombat esti balesetek miatt. A szervezetnek hosszú időre (két hónap) van : üksége a szer utáni regenerálódáshoz.

HASIS – MARIHUÁNA

Nevei: fű, joint.

A mondák szerint a kendert az istenek adományozták az embereknek, hogy boldogságot, bátorságot és szexuális örömöt meríthessenek belőle. A kender a legrégebben termesztett növények közé tartozik, de az eltelt tízezer év alatt sem sikerült eldönteni, hogy mi a nagyobb, a kender haszna, vagy az általa okozott veszély. „ A hasis föltárja a paradicsomba vezető utat", dicsérik. „Hasiscserjék szegélyezik a pokolba vezető utat" állítják ugyancsak vele kapcsolatosan.

A kender (Cannabis sativa) őshazája Afganisztánnak a Kaspi-tengertől délre fekvő területe és a Bajkál tó vidéke. Csak az indiai és dél-amerikai kender termős példányai tartalmazzák azokat a gyantákat, (kannabinol, tetrahidrokannabinol), amelyekből a hasis készül. A hasis koncentráció attól függ, hogy a kender milyen éghajlati, időjárási és földrajzi viszonyok között terem.

A történelem során a cannabis termékek sokféle funkciót töltöttek be. Az ókori Kínában gyógyászati célokat szolgált, Indiában nemcsak gyógyszerként, hanem kultikus célokra is alkalmazták. Európában kr. e. 1500 körül bukkant fel. Kezdetben gyógyszerként ismerték és csak a XIX századtól fogyasztják drogként. A hasishullám Amerikából terjedt át Európába. A hatvanas években a szubkultúrák, majd a diákmozgalmak drogjává vált és politikai tiltakozást jelentett. A hasis mexikói neve a **marihuána**.

A marihuána a kender szárított leveleinek, virágjának, virágzó ágvégződéseinek és magvainak keveréke. Tulajdonképpen morzsolt növényi zúzadék. A szárítás módjától, függően zöld, zöldesbarna vagy barna szinű.

A marihuána hatóanyaga a tetra-hydro-cannabinol kb. 0,5-2%. A hasis lapokba vagy rudakba préselve kerül a piacra. THC értéke 8-28%. A legkoncentráltabb a hasisolaj, amely 30-90% THC-t tartalmaz. A THC képes hallucinációk kiváltására, de hatása nagyban függ a fogyasztó személyiségstruktúrájától és lelkiállapotától.

Ha a fölmorzsált hasishoz dohányt kevernek és cigarettává sodorják, „joint" –nak nevezik.

A szert illetően a szakirodalom arról számol be, hogy már kis mennyiség is módosítja a tér- és időérzékelést, növeli a reakcióidőt, csökkenti a logikai funkciókat, megszünteti a szorongásokat és a félelmet. Előfordulhat, hogy a kiváltódott felszabadultság hirtelen átcsap pánikba. Hosszas fogyasztás után romlik az elvont gondolkodás és a teljesítőképesség. Pár év elteltével személyiségváltozások is kialakulhatnak és beállhat az un. „amotivációs szindróma". Károsodást szenvedhet az immunrendszer is. Még nem tisztázott, hogy a szer okoz-e genetikai elváltozást vagy sem.

A cannabis származékok hatásai kellemesek, ezért a pszichikai függőség gyorsan kialakul. Fizikai függőséget nem okoz, de megfigyelték, hogy hosszas visszaélés után a hirtelen megvonás nyugtalanságot, álmatlanságot, étvágytalanságot kelt. A nagyobb THC tartalmú származékok esetében kis mértékben, de nő a tolerancia, vagyis az idő múlásával nő a dózis mennyisége.

A drogosok vallomásai szerint a marihuána a „kapu drog", a kezdet a narkománia kialakulásában.

LSD

Nevei: acid (sav), barrels (hordó), big D (nagy D), blotter (itatós), blue cheer (kék jókedv), blue heaven (kék mennyország), cubes (kocka), blue mist (kék köd), brown dots (barna pötty), California sunshine (kaliforniai napfény), cherry top (szupercseresznye), chocholate chips (csokoládé morzsa), clear light (tiszta fény), contact lens (kontaktlencse), cupcakes (poháralátét), domes (kupola), haze (homály), flats (lapocska), instant zen (oldodó zen), orange mushrooms (narancsszínű gomba), orange surshine (narancsszínű napfény), paper acid(papír-sav), purple haze (lila köd), pearly gates (gyöngy-kapu), royal blue (királykék), sugar lump (cukortömb), the chief (főnök), wedgies (ékecske), white lightning (fehér fényesség), window pane (ablaküveg), yellows (sárga), zen ....

A hatvanas évek az afrodézia, a Beatles-mánia és az új értékkeresés évtizedeként vonultak be a történelembe. Az LSD (lysergic acid diethylamin) volt az évtized mérőónja, amelynek kilengései összekuszálták az eredetileg "normális" világot. Tanmesék és mítoszok kaptak szárnyra körülötte. Az LSD-t a boszorkányok kotyvalékának tartották. Mágikus komponensét, "az univerzum titkaira nyitott harmadik szemet", egyesek feltétel nélkül dicsőítették, mások kíméletlenül átkozták - mindkettőt alaptalanul.

Az LSD a lizerg-sav félszintetikus származéka. Az alapvegyület az anyarozsban és a hajnalka magjában előforduló alkaloid. Az anyarozs a rozst károsító rozsdagomba. Egyes középkori történetek szerint egész kisvárosok lakossága vált ámokfutóvá, mert anyarozzsal fertőzött gabonából készült kenyeret ettek.

A színtelen, szagtalan, íztelen LSD az ismert drogok közül a legerősebb. Tiszta formában kristályos

anyag, de folyadékalakban is gyártják. Egy uncia LSD 300.000 átlag-dózist tartalmaz. A meszkalinnál ötezerszer, a psilocybinnél kétszázszor hatékonyabb. Rendkívül könnyen bevihető tablettákba, kapszulákba, kockacukorba, granulátumokba, itatóspapír-szeletkékbe, zselatin-darabkákba vagy akár bélyegeket, rágógumit, cukorkát, kétszersültet is lehet vele impregnálni.

Egy-egy adag olyan kevés anyagot tartalmaz, hogy mikrogrammokban ("mike") mérik. Száz mikrogramm LSD elegendő egy teljes „utazáshoz". Az utcán kapható dózis 50 és 400 mikrogram közötti mennyiséget tartalmaz, ami 8-20 óráig tartó narkózist produkál.

Az LSD adagolása problematikus, mert a rendkívül kis mennyiségek pontos kimérése nehéz. A túladagolást nem könnyű észrevenni, mert nem hányják ki, mint pl. a meszkalint.. Az LSD minden mennyiségben bennmarad a szervezetben. A túladagolás az LSD esetében is inkább a szennyezettség, mint a drog toxicitásának eredménye. Az LSD utcai forgalomban levő drog, pszichodélikus anyag "hulladékot" pl. a lyserg-sav gyártásának melléktermékeit, belladonnát, gyorsítót (amfetamin) vagy PCP-t is tartalmazhat. Olykor az anyag nem is LSD, hanem amfetamin, phencyclidine, atropin, vagy esetleg sztrichnin. Ezért fontos a szer valódiságának és tisztaságának ellenőriztetése.

Az LSD kb. húsz percig tartózkodik az agyban, legnagyobb része a májba és a vesékbe kerül. A vérben az LSD bevétel után maximum két órányi ideig mutatható ki. Hatását úgy fejti ki, hogy olyan anyagok felszabadulását serkenti vagy gátolja, amelyek eredetileg csak az agyban fordulnak elő, ezáltal felborítja az agy kémiai egyensúlyát. Egyes szakemberek az LSD-t a hallucinogén anyagok közé sorolják, míg mások szerint nem toxikus, nem

addiktív és nem is hallucinogén. Az utazás nem jár hallucinációkkal. A fogyasztó vagy kaleidoszkóp-szerűen eltorzítva látja a valóságot, vagy félreértelmezi azt. Ha fénylátomásai vannak, vagy valószínűtlen dolgokat lát, akkor is tisztában van azzal, hogy mindezt a drog indukálja.

Fizikai dependencia nem, a tolerancia viszont igen gyorsan alakul ki. Ez utóbbi a szedés abbahagyása után három napon belül leépül. Megvonási tünetek nincsenek. Az élmény rendkívül intenzív, ezért az "utazó" tartózkodik a drog gyakori használatától.

Az utazás mélysége leginkább a tudatállapottól (set) és a külső körülményektől (setting) függ.

A "*set* " kifejés azt a mentális állapotat jelöli, amelyben az utazás megkezdődik, s amely meghatározza, hogy a drog hatásai kellemesek vagy zavaróak lesznek-e. A szorongó lelkialkatúak utazása nagy valószínűséggel sok félelemélménnyel jár. A represszív személyiségűek, akik vágyaikat, félelmeiket vagy más érzelmeiket elnyomják, éppen ezekkel találják magukat szemben. Felszínre hozhatja a szőnyeg alá sepert problémákat, amelyek vagy megoldódnak az utazás során, vagy nem.

A "*setting*" kifejezés az utazás külső körülményeit, a helyet, a jelenlévő embereket és tárgyakat, valamint azt a bátorítást jelenti amit az utazó a narkózis ideje alatt kap. Ezek a tényezők legalább olyan fontosak az élmény kialakulásában, mint maga a drog, mert az LSD hatására az utazó különösen érzékeny a környezetre.

A drognak először a fizikai hatásai jelentkeznek. A bevétele utáni első órában erős szorongás és hányinger is előfordulhat, amit az amfetaminok hatásához hasonló pulzusszám-emelkedés, pupilla-tágulás, arcpír, a

testhőmérséklet és a vérnyomás emelkedése, étvágycsökkenés, vidámság és fémes ízérzet követ. Az utazás következő állomása nagyrészt szubjektív. Szuggesztibilitása és felkészültsége dönti el az utazás történéseit. Az ésszerűség háttérbe szorul a összemosódó ingerekkel és a tudatalatti tartalmakkal szemben. Az utazás szubjektív elemét pszichodélikus vagy tudat-tágító élménynek szokás nevezni. Az érzékek tobzódnak és kavarognak, egymásba csúsznak. Ezt az élményt szinesztéziának nevezik. A zene láthatóvá, a színek hallhatóvá válnak, az érzékelés különböző formái egymásba alakulnak. A mélységérzékelés módosul, a színek teljes pompájukban és hihetetlen intenzitással vibrálnak, a tárgyak és a minták háromdimenziós alakban kelnek életre. Az LSD minden érzékelési formát felfokoz. A zenehallgatás mindent betöltő foglalatossággá válik, amely az összes érzetet aktivizálja. Életteli képsorok, eidetikus víziók kavarognak az utazó behunyt szeme előtt, mint egy mozifilmen. A dolog érdekessége, hogy ezeknek gyakran ő maga a főszereplője. A testérzékelés is megváltozik, a test fragmentálódik és újjáalakul. Olykor a "kameraállás" is változó, a vízió-színpadán átúszó tárgyak, benyomások utóképei miatt. A test és a külvilág közötti határ elmosódásának érzetéhez az időérzékelés módosulása is járul. A tudatállapot megváltozásával az idődimenzió is eltorzul, néhány perc olykor több óránynak tűnik. A múlt, a jelen és a jövő összefolyik, és időtlen, szimultán események játszódnak át egymásba. Az utazás során az egyén önmagát az élet végtelen hierarchiájának láncszemeként éli meg. Egyesek azt állítják, hogy az LSD által előidézett állapotban nemcsak saját valójuknak másfajta tudatára ébrednek, hanem számtalan másféle valóság is megvilágosodik számukra.

Szakemberek azt tartják, hogy az LSD ajtót nyit a tudatalatti világ felé. Semmi újat nem képes előállítani, csupán a már meglévő tartalmak útját teszi szabaddá. Olyan szimptómákat is kiválthat, amelyek bizonyos pszichózisokra, pl. a skizofréniára jellemzők. "Lelepleződés" is előfordulhat és valóban pszichotikus személyiség törhet a felszínre. Ennek legmegbízhatóbb jele a megváltozott tudatállapot prolongálása két, vagy akár több napon át.

Az LSD-vel kapcsolatos kutatások még ma is kezdeti fázisban vannak a közvélemény félelme és a hatóságok ellenállása miatt. Ennek ellenére egyre több arra utaló bizonyíték gyűlt össze, hogy az LSD kiterjedtebb terápiás és kutatási célú alkalmazása nem csupán kívánatos, de elengedhetetlen is az emberi agyra vonatkozó tudásunk fejlesztése céljából. Sikeres kísérletekről számoltak be a pszichiátria területén az alkoholizmus és az ópiát-addikció kezelésében, a bűnözők rehabilitációjában, az értelmi fogyatékosok és a szkizofrén gyermekek kezelésében. A szert felhasználták rákos betegek szorongásának és fájdalmainak enyhítésére, valamint haldoklók utolsó napjainak megkönnyítésére.

Ennek ellenére azonban még az sem tisztázott, hogy az LSD rombolóan hat-e az emberi szervezetre megváltoztatja-e a kromoszóma mintázatot.

Az LSD terápiás felhasználását sugalló szakemberek azt állítják, hogy a szer bizonyos esetekben hozzásegít az önnevelés, a filozófiai, teológiai és a kozmológiai érdeklődés erősödéséhez, lelki megvilágosodás élményéhez juttat. A megszokott dolgoknak kozmikus jelentősége lesz. Az empátiás és a kommunikációs készség, a telepatikus képesség kialakulásáig növekedhet.

Terápiás célzatú alkalmazás esetén a magatartás tanult mintái és az érzelmi reakciók megváltozhatnak a szer hatására, ami az életmód végleges átalakulásához vezethet. Az agresszív indulatok is megszelídülhetnek.

Más állítások szerint az LSD-használat hatására bekövetkező életmód-változás inkább magyarázható szociológiai, mint farmakológiai alapon. Ennek az lehet a magyarázata, hogy olyan társak körében utaznak akikkel erős összetartozás-érzés köti össze őket. Az LSD-élmény megosztása másokkal az érzelmi változások lehetőségét teremti meg.

A droghoz kötődő félelmek egyike a "bummer", azaz a negatív utazás. Ez az élmény megelőzhető a társak jelenlétének köszönhetően. Annak, aki az utazó mellett van, nyugodtnak, biztonságot sugárzónak kell lennie. Az emberi érintkezés érzése a valóság megnyugtató ellenpontja az LSD által kiváltott illúzióval szemben. Az utazó tudatát vissza kell terelni a valósághoz azáltal, hogy érintkezésben tartjuk önmagával és a környezetével. Magyarázzuk meg, hogy a kellemetlen hatásokat a drog váltja ki, ne küzdjön ellenük. Legyünk közvetlenek, kössük le a figyelmét és a külső fények, hangok intenzitását tartsuk minimális szinten. Ne moralizáljunk. Ha hiperventilláció lépne fel, ami páni félelemmel, gyors és sekély lélegzéssel, a reflexek rendkívüli aktivitásával jár, léle eztessük egy papírzacskóba, hogy a vér széndioxid-koncentrációja megnőjön. Az utazás leállításában segíthetnek az antagonista drogok (Valium, Librium vagy Niacin-amid).

Az e drogtól való félelem másik aspektusa a "flashback"-élmény, ami azt jelenti, hogy az LSD-élmények a dózis bevétele után napokkal, esetleg hónapokkal később is visszatérhetnek. Még nem tisztázott, hogy ezt a jelenséget mi idézi elő. Valószínű, hogy az intenzív

élmények elraktározódnak a memóriában és emocionális vagy perceptuális hatásokra a jelenben újra felbukkannak.

Az LSD 1962 és 1969 között élte virágkorát. Törvényesen nem korlátozták a használatát 1963-ig. A tiltás bevezetése után megnövekedett a hozzá kapcsolható betegségek és balesetek gyakorisága. Az LSD-t okolták minden problémáért, a bűnözésért, az öngyilkosságokért, és azokért a hatásokért is, amelyeket más drogok okoztak.

Ma tiltott drognak számít a Federal Cantrolled Substances Act I. kiegészítése értelmében.

Jelenleg a drog birtokosaira 1.000 és 10.000 dolár közötti pénzbüntetést és/vagy 5 évig terjedő börtönt, forgalmazóira 10-15 év börtönt, il1. 20 000 dollárig felmenő pénzbüntetést szabhatnak ki.

A korlátozások csalétekként hatottak, megnövelték a drog árát és egyre több forgalmazót vonzottak a piacra.

SZIPU: RAGASZTÓK, OLDÓSZEREK, AEROSOLOK

Általánosan elterjedt neve: gunk.

1959-ig ismeretlen intoxikációs módszernek számított a ragasztók szipuzása az Egyesült Államokban. Ekkor jelentek meg a denveri Post-ban azok a cikkek, amelyek szipuzásos eseteket meséltek el, akaratlanul is ötletet adva a tájékozatlan olvasóknak.

Hatóanyagként a repülőgép-modellek ragasztó anyagának aktív komponense, a toluol szolgált. Főképp a gyerekek használták előszeretettel. A cikkek arról

szóltak, hogy a szipuzás alkalmas narkotikus állapot előidézésére. Képekkel illusztrálták a szipuzás módját. Eltúlozták a következményeket, aminek eredményeként hatástalanná vált a figyelmeztetés.

Nem sokkal az első újságcikkek megjelenése után a szipuzás vészes gyakoriságúvá vált. Nemsokára az ország számos magazinja is felkapta a témát és a szipuzás szélesedő publicitása következtében az ország más nagyvárasaiban is kitört a „szipu-járvány". 1966-ra odáig fajult a dolog, hogy a szipusok ezrei kerültek lakat alá.

Az egészségügyi hatóságok felfigyeltek arra, hogy a toluol az agykárosodáson és a halálon kívül más rendellenességeket is okozhat: felelőssé tehető az orrnyálkahártya kiégéséért, az epehólyag perforációjáért, a csontvelő pusztulásáért, a vesekárosodásokért, a szexuális promiszkuitásért, homoszexualitásért, a légzőszervek és a máj károsodásáért, a vakságért, rablásokért és nemi erőszakért. Ezek a következmények a hétköznapokban is jól követhetőek voltak. A sok kézzelfogható mellékhatás miatt a ragasztózásban jártas szipusok egy része más kőolaj-származékokkal kezdett kísérletezni. 1971-re az újságok már az aeroszolos szipu-sztorikkal voltak tele, felkeltve a járatlanabbak érdeklődését az új módszer iránt. A spray tartalmát egy papír vagy nylonzsákba eresztették és belélegezték. Az eredmény a nitrogénoxidokéhoz hasonló lebegés-érzéssel párosuló narkózis volt.

Ma már az inhalánsok tarka skálája áll az szipusok kis létszámú, de konok társadalmának rendelkezésére, ezek mindegyike alkalmas deliriáns narkózis kiváltására. Legnépszerűbbek: a repülőmodell-ragasztó, a lakkok, a lakk-lemosók, az öngyújtó-gáz, a faszén-alágyújtós, a transzmissziós folyadék, a gázolaj, egyes festékek, zománcfestékek, politúrok, hígítók, hajlakkok, dezodorok,

ablaktisztító és folttisztító folyadékok, szárazmosó anyagok, üvegfényezők, körömlakkok és lemosók, edényzsírozó sprayek.

A szokásos ragasztó adag egy vagy két tubus egy néhány órás periódus alatt. Ennek nyomán negyed órától, néhány óráig tartó narkózis érhető el.

A felsorolt vagy azokhoz hasonló anyagok gőzeinek belégzése az alkoholéhoz hasonló hatást vált ki. Nagyobb mennyiség orális alkalmazása esetén hallucinációk léphetnek fel.

Tipikus hatásai: eufória, zsibbadtság, nyugtalanság, zavartság, izgatottság, dezorientáció, a mozgás koordinálatlansága. Ismételt alkalmazásuk esetén szédülés, a tér- és időérzék torzulása, a színérzékelés megváltozása, mindenhatóság-érzés, ill. rendkívüli erő-tudat keletkezése. A túladagolás súlyos tünetekhez vezethet: émelygés hányás, eszméletlenség, kimerültség, izomgyengeség, gyomorfájdalmak, testsúlycsökkenés, remegés, ataxia, viszketegség, félelem, ideggyulladás, perifériás és agyi ideg-paralízis, delírium végül kóma.

A következmények ismeretében elgondolkodtató, hogy mi az, ami ráviszi a gyerekeket a szipuzásra. A legelső és legfontosabb ok az, hogy a narkózist kellemes, eufórikus, mámoros érzet kiséri. Másrészt, könnyű és olcsó hozzájutni, ellentétben más intoxikánsokkal, pl. az alkohollal és a marihuánával, amelyeket egy fiatal gyerek nehezen szerezhet meg. Végül, sok gyerek nem hiszi el a szipuzásról ontott információkat. Az inhalánsok veszélyeiről szóló prédikációk, különösen a toluolra vonatkozók nagy része túloz és torzít. A szipuzás okozta halálesetek majdnem kivétel nélkül másodlagos hatások eredményének bizonyultak, általában a segédeszközként

használt műanyag zacskók által okozott fulladás a halál közvetlen oka. A szipuzás komoly problémákat csak akkor okoz ha nagyon nagy dózisban, hosszú ideig használják. Az elején a károsodások még visszafordíthatók, ha a szípus abbahagyja az inhalánsok használatát.

A tolerancia hetenkénti használat esetén kb. három hónap alatt alakul ki. A megszokás miatt egyre nagyobb dózisokat kell használni ugyanolyan intenzitású hatás kiváltásához. Ismertek olyan esetek is, amikor valaki egy-egy alkalommal 20-40 tubus ragasztót használt fel.

Az inhalánsok fizikailag nem addiktívak, de valószínű, hogy a pszichés dependencia kialakul azoknál, akik gyakran szipuznak.

Jelenleg nincsenek olyan törvények, amelyek korlátoznák a ragasztók, aeroszolok, oldószerek és más szipuzásra alkalmas anyagok forgalmazását, birtoklását.

A szipusok többsége a 8 és 16 év közötti korosztályaiból kerül ki. A szipuzás a tizenévesek drogja.

BCU KISTOKÁLIS

5. NEM ANYAGHOZ KÖTŐDŐ SZENVEDÉLYEK

A kockázatot vállaló, izgalomra törekvő függőséget mutató magatartásformák szintén önpusztító szenvedélynek tekinthetők.

Eredetük hosszan visszanyúlik a történelembe. Ki ne hallott vagy olvasott volna a minden vagyonukat *eljátszó* vagy *fogadáson elveszítő* személyekről.

A játékszenvedélyek korábban leginkább a kártyához kötődtek, aztán a pénznyelő automaták megjelenése után, főleg a fiatalok körében, ezek a gépek jelentik a nagyobb veszélyt. Több országban már felfigyeltek erre és megpróbálják ellenőrizni a játéktermeket. Leszorítják a játékban elnyerhető összegeket, hogy ezzel is eltávolítsák a kockázat és kaland keresőket.

A gyerekek és a fiatalok számára a valóságból való kimenekülést ma leginkább a számítógépek, a video-játékok és maga a tv. jelentik.

A technikai haladással párhuzamosan nő a veszélyeztető tényezők száma. Manapság mindenki otthonában ott vannak azok a készülékek, amelyekkel meg kell tanulni együtt élni ahhoz, hogy ne a velük való visszaélés győzedelmeskedjen.

Az új technikák megjelenése megfelelő hozzáállás megtanulását feltételezi, mert például a tévézés bizonyos klasszikus tevékenység formáktól (pl. olvasás) való eltávolodást, egyoldalúságot eredményezett.

A tv-hez láncoltság és a számítógépes játékok a függőség minden káros következménye mellett másodlagos veszélyt is jelentenek. Ezek a játékok általában rossz modellt nyújtanak az agresszió kezelésére. A következmény nélküli rombolás lehetőségét példázzák. Nem tanítanak meg a

problémák kezelésének helyes útjaira. (Ennek pozitív lehetőségeire utaltunk az 1.2. alfejezetben.)

Különösen azok a fiatalok veszélyeztetettek, akik az un. „dupla dózis" hipotézis alapján két szinten is találkoznak az agresszióval, a játékokban és a saját életterükben egyaránt.

A géphez kötődő szenvedélyek a függőség tényén kívül tartalmi szinten is hatást gyakorolnak a dependens egyénre. [9] Ezt szimbolikus mondanivalójuknál fogva érik el, hiszen a szimbólumok élet igényekre felelnek. Ilyen szerepet tölt be például a labirintus, amely a szellemi útkeresés, vagy a mandalák, amelyek az én megvalósításának jelképei. Az egyén fejlődéséhez szükséges, hogy a realitásban kerüljön kapcsolatba ezekkel a szimbólumokkal. Ennek elmaradása torzítja a személyiséget. A technikán (tv, számítógép) keresztüli hozzájutás több problémát támaszt:

- Egyrészt mesterséges forrás, ami a valós életben való kereséstől tartja távol az illető személyt. Mesterséges burkot von köréje, ami leghamarabb kapcsolati szinten üt vissza.
- Másodsorban, a számítógépes játékokban például, a szimbólum jelentése elcsorbul, megváltozik, és többé már nem az énfejlődés szolgálatában áll. A pozitív és negatív erők gyakran azonos szimbólumokat használnak, közösek a mágiák és misztériumok. Mindez kioltja vagy átgyúrja a képek eredeti jelentését és konfúz helyzetet teremt a játékos lelkivilágában.
- Továbbá, a struktúra és dinamika szintjén, zavaros a felhozott szimbólumok egymás közti viszonya. Alaposan eltolódik a szemben álló, és többnyire

[9] Az ártó szimbólumokkal kapcsolatos részt Albert-Lőrincz Hunor, a II. Relaxációs Kongreszuson tartott előadása alapján közlöm. (Bp., 1997.)

ellentétes principiákat képviselő felek erőviszonya, valótlan a bemutatott világkép. Rossz dinamikára utal, hogy a gonosz megsemmisülését nem követi a pozitív elemek násza, újjászületése, hanem egyszerűen csak megszakad a cselekmény, s egy üres, beteljesületlen, felizgatott lelkiállapotot hagy maga után. A megmozgatott erők nem arányosak a játékos pszichikus erőforrásaival, aki saját tartalékait meghaladó energiákat ural, s téves biztonságérzetet adva, ez megzavarhatja énképét, értékelését vagy esetleg külső cselekvését helyettesiti.

Az idősebbek inkább fogadásokban vagy a tőzsdén keresik az izgalmakat. A munkájába temetkező, az élet minden más vonatkozását megtagadó ember is függőnek számít. Ugyanígy a túlhajszolt szexualitás is kialakíthat hozzászokásszerű függőségi viselkedést.

Buda B. (1995) a kényszeres viselkedésűek közé sorolja a " mozgásmániás" embereket vagy bármilyen más hobby rabjait. Véleménye szerint a mozgással való visszaélés lehet a versenysport következménye is.

BCU IASI / CENTRALA

III. A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI

A népesség egészségi állapotának rosszabbodására vonatkozó mutatók, a halandósági, a megbetegedési vagy a deviancia aránya emelkedő tendenciát mutatnak. Időszerűvé lett az évszázadokig mellőzött preventív orvoslás gyakorlata. Bármit könnyebb és gazdaságosabb megelőzni mint a kibontakozott kórt kezelni. Ez a megállapítás hangsúlyozottan érvényes a drog-helyzetre. Mi még abban a szerencsés helyzetben vagyunk, hogy megelőzéssel elejét vehetjük a drogok által kiváltott "pestis" kontrollálatlan terjedésének.

Több meggondolásból kiindulva is a drog-jelenséghez való viszonyulásunk legjárhatóbb útja a primer megelőzés, mert:

- vizsgálódásaim szerint nálunk még sem a kísérletezők, sem a fogyasztók részaránya nem haladja meg a 3 %-ot, egyik drog esetében sem;
- ismereteink és készségeink főleg a megelőzésre jogosítanak fel, a kezeléshez nincsenek felkészült szakemberek, osztályok vagy ambulanciák;
- a megelőzés olcsóbb és ugyanakkor hatékonyabb mint a kezelés;
- a megelőzést az iskolás populáción kell kezdeni, mert adott a szervezési forma és az életkori sajátosságok kedvezőek a személyiség fejlesztésre és az egészséges életvezetési készségek kialakítására. Számos iskolai megelőzési program áll az érdeklődők rendelkezésére.

1. A megelőzés fogalma:

Elsődleges megelőzés: célja, megváltoztatni a környezetet és erősíteni az egyén problémamegoldó képességét. Az erőforrások értékelésére törekszik, mert ha a népesség nincs kellően ellátva a megfelelő alap-erőforrásokkal, hosszú távon növekszik a pszichológiai diszfunkciók valószínűsége. A helyzet javítása magába foglalja az egész közösséget érintő törvények, szabályozások, irányítási minták, valamint értékek és attitűdök megváltoztatását is. Az erőforrások fizikai, pszichológiai és szociokulturális formákra oszthatók.

A drog prevenció sajátos céljai:

- az egyéni droghasználat kialakulási kockázatának, valamint a fogyasztás gyakoriságának csökkentése;
- a drogfogyasztással együtt járó káros hatások mérsékelése.

Megkülönböztethető egy rövid távra és egy hosszú távra összpontosító preventív modell.

Rövid távon a megelőzés a fejlődési és helyzethez kötött életkrizisekhez való adaptációs mintára összpontosít. A személy krízis idején reagál legérzékenyebben a hatásokra. A krízisek átmeneti stádiumokat jelentenek, melyek során az egyén eltávolodhat vagy közeledhet az adaptív működés formáihoz, de legkönnyebben ekkor fordul a pótszerekhez is. Az erőviszonyokat tehát a krízis idején kell módosítani.

A *krízis* fogalmát eredetileg *Lindemann* és *Caplan* alkalmazták egy olyan traumatikus eseményekre való egyéni reagálás leírására, mint pl. haláleset vagy koraszülés.

Erikson a fogalmat olyan normális fejlődési szakaszok leírására használja, mint a serdülőkor vagy a klimax... A krízis fogalmával tehát, olyan normális vagy szokatlan átmeneti stádiumokat jelölünk, amelyek során

sajátos interperszonális és intrapszichés újraszabályozásra van szükség.

A krízis születhet élettérben bekövetkezett változásra vagy kritikus szerep-átmenetek (pl. friss házasság) után, mert a krízis külső és belső változásoknak tulajdonítható. A belső változások adódhatnak a fejlődésből vagy lehetnek betegség, ill. trauma eredményei, míg a külső változások közé tartozik egy személy, vagy a szükséglet kielégítés fontos forrásának az elveszítése. Olyan kihívásról van szó, amely felülmúlja adaptív képességü ket. Ezek az okok hasonlóságot mutatnak azokkal a tényezőkkel, amelyeket *Freud* (1912) neurózist kiváltókként említ:

- egy tárgy elvesztéséből adódó frusztráció;
- egy kihíváshoz való alkalmazkodási képtelenség;
- a fejlődés megrekedése;
- biológiai érés.

A krízis során az egyén megszokott működési módja felborul. Nyugtalannak érzi magát, gondolkodása zavaros és nem hoz eredményt a krízis megoldásában. Az egyént ilyenkor az a probléma foglalkoztatja, amely a pszichés zavar kialakulásához vezetett és egyidejűleg a múltban felmerült hasonló problémák is kísértik. Az egyénben a frusztráció és az elhagyatottság érzete alakul ki. A krízis általában 4-6 hétig tart. Vége felé csökken a nyugtalanságérzet és az egyén, amint megoldást talál problémájára, újra kiegyensúlyozott pszichés és fizikai állapotba kerül. Megjegyzendő, hogy a krízist biokémiai jelenségek is kísérik. A problémát adaptatív módon, azaz a környezet realisztikus megváltoztatása révén, valamint intrapszichés újraszabályozás útján lehet kezelni. A jól megoldott krízisek az egyén megküzdő repertoárjának gazdagításához vezetnek, tehát a krízisből megnövekedett adaptációs képességgel fognak kikerülni.

A kríziseket nem lehet kikerülni, az egyént kell képessé tenni az aktuális helyzet hatékony leküzdésére. A megelőzés során a jelenbeli pszichés működésben kell javulást elérni, a megoldáshoz vezető lépéseket kell megtalálni. Nem az előzmények feltárása a fontos, tehát nincs szükség speciális pszichológiai ismeretekre.

Enyhítheti a helyzetet a *megelőző tanácsadás.* Kimutatták, hogy amennyiben a krízis előtt álló egyén időben értesül arról, hogy mivel kell megbirkóznia és ennek megfelelően elkezdi a küzdelmet, úgy pszichikailag jobban fel lesz készülve a stressz kezelésére, amikor annak eljön az ideje. Pl. az operációra váró betegeket fel kell világosítani a rájuk váró eseményekről. Ezt nevezik „érzelmi oltásnak".

A krízis egészséges leküzdésének elősegítése céljából szükség van:

a) a szakavatott preventív beavatkozásra. Ennek célja a felülkerekedés elősegítése, az hogy az egyén szembesüljön problémájával, bármilyen kedvezőtlen is az számára és bármennyire is fél annak kimenetelétől, hogy ez által uralmat szerezzen fölötte. Ehhez a személynek sok információra van szüksége, hogy megérthesse a probléma előre látható fázisait, ösztönözni kell a feladat-orientált tevékenységeket és fenn kell tartani a reményt. El kell téríteni az értelmetlen tevékenységektől, (pl. bűnbak keresés, költözködés). A külső támogatást illetően nemcsak a családra van szükség, a barátok, az egyház, a különböző intézmények megfelelő hátteret biztosíthatnak. A klienst meg kell győzni arról is, hogy a segítségkérés nem a gyengeség jele.

b) annak biztosítása, hogy a településeken legyen szakmai segélyszolgálat, (pl. öngyilkosság megelőzésére létesült központok), létezzen szakember képzés és

megvalósuljon a régi intézmények új hatáskörrel való felruházása (özvegyek, elváltak megsegítésére).

A ***hosszú távú*** erőforrások közé sorolhatók:

1. a fizikai erőforrások: az élet legalapvetőbb feltételeit képezik. mint az élelem, menedék, megfelelő élettér, érzéki stimuláció, lehetőség a tevékenységre, az alvásra, az álmodozásra. Ezek az erőforrások nélkülözhetetlenek a növekedéshez, a fejlődéshez, a testi egészség megőrzéséhez, amely kihat a lelki egészségre.

Védekezni kell a testi épséget veszélyeztető tényezőkkel szemben. (a stressz, a mikroorganizmusok, a traumák vagy a vegyi mérgek használata). Ide tartozik olyan betegségek megelőzése is, amelyek az ellátás vagy adagolás (pl. jódellátás, avitaminózisok, hiánybetegségek) nem megfelelő szintjéből adódnak. Ezekben az esetekben a népesség élelmiszer ellátásának módosítását kell biztosítani.

Más jellegű beavatkozást igényelnek a hátrányos helyzetű csoportok, különösen a gyermekek, akik számára megfelelő minőségű kognitív környezetet kell létrehozni.

2. A pszichoszociális erőforrások: körébe tartozik az a mód, ahogyan az ember más, számára fontos egyénekkel folytat személyes interakciót. Ez hozzájárul az egyén szellemi és érzelmi fejlődéséhez. Ide tartoznak a családdal, az egyenrangúakkal és a fölöttesekkel való kommunikációk. Személyes kapcsolataiban az egyén kielégíti szeretet szükségletét, továbbá azt az igényét, hogy korlátozzák és ellenőrzést gyakoroljanak fölötte, hogy részt vehessen olyan közös tevékenységekben, amelyek lehetőséget teremtenek számára az identitás formálására. Mindezek mellet az egyénnek személyes kompetenciáját és hatékonyságát is meg kell élnie.

3. A Szociokulturális erőforrások: azokat a hatásokat foglalják magukban, amelyeket a közösség, a társadalom és

a kultúra struktúrái gyakorolnak a személyiség fejlődésére és működésére. Ha az egyén hátrányos helyzetű kisebbséghez tartozik, gazdaságilag előnytelen helyzetű, vagy egy instabil társadalom tagja, megeshet, hogy fejlődése megtorpan és hiányát érzi a lehetőségeknek és kihívásoknak. A helyzet megváltoztatása szociálpolitikai intézkedéseket igényel. Ebben az értelemben próbálkoznak az oktatási rendszerre gyakorolt mentálhigiénés hatásokkal is.

A társadalmi izoláció megszűntetése céljából főleg az időskorúakkal szerveznek szabadidős programokat. Arra törekszenek, hogy az idősekben levő kreatív erőket és tapasztalatot hasznosíthassák.

Az általános értelemben vett megelőzési módszerek a lelki egészség megvédését, az én erősítését, az identitás megszilárdítását célozzák. Ezen az alapon nagyobb a valószínűsége annak, hogy a személy a nehézségekkel szembeni kellő felvértezettség birtokában nem fogja a drogoktól várni az életproblémák rendezését.

Az általános megelőző programok mellett jó szolgálatot tesznek a drogfogyasztó magatartás megelőzésére irányuló speciális programok. Ilyen értelemben említhető *E. Servais* modellje.

A megelőzés lépéseinek megtervezésében *E. Servais* (50. 86-91 old.) a következő lépéseket ajánlja:

1. A *vélemény alakítás és befolyásolás* eszközei a személyes tapasztalat tudatosítása (pl ."rossz volt az első cigi"), az alapvető szükségletek tisztázása (pl. az ital alapvető szükséglet?), az értékek stabil hierarchiájának megállapítása (ki és mi befolyásol értékrendünk alakításában?), az alkohol és a drogok hatására vonatkozó információk felelevenítése, olyan új tapasztalatok szerzése, amelyek szem előtt tartják az eddig feltárt összefüggéseket és biztosítják a

személy komfort érzését (pl. szerepjátékok segítségével).

2. *Képessé tenni az egyén arra, hogy véleményének megfelelően éljen*, az ehhez szükséges készségeket el lehet elsajátítani. (Az önérvényesítő embernek el kell tudni utasítania valakit vagy valamit, a csoporton belül önmagát kell tudja érvényesíteni, meg kell tudja oldani a konfliktusokat, el tudja viselni a frusztrációkat, ki kell tudja fejezni érzéseit...)
3. *A mur'át* az igazi emberi értékek légköre kell áthassa, a kölcsönös tisztelet, bizalom és elfogadás.

A másodlagos megelőzés: célja, hogy csökkentse az elsődleges megelőzést célzó programok ellenére is elkerülhetetlenül előforduló betegségek időtartalmát. Magába foglalja az esetfeltáró, diagnosztikai és gyógyító szolgáltatások szervezését is.

A harmadlagos megelőzés: célja az, hogy a közösségen belül csökkentse az akut betegségek után gyakorta visszamaradó defektusok előfordulási arányát. Annak biztosítására törekszik, hogy a múltbeli betegségből származó nehézségek a lehető legkevésbé akadályozzák az embereket a munkához való visszatérésben, valamint a társadalmi életbe való újbóli kapcsolódásban.

A megelőzés célja az 1.2. alfejezetben bemutatott „ember ideálra" való törekvés. Küzdőképes emberré kell formálódni, aki szilárdan, megfelelő keménységgel áll a hétköznapokban, aki képességeivel harmonizált vállalásokkal és személyességgel éli hétköznapjait.

V. GYÓGYÍTÁS ÉS UTÓKEZELÉS

A szenvedélybetegekkel végzett munka elsődleges feltétele a beteggel és a családdal való együttműködés megnyerése, a betegségtudat és a változás igényének kialakítása, valamint a kóros külső körülmények megváltoztatása.

Meghatározó a kliensek felé sugárzó attitűd, ami azt sugallja, hogy teljes értékű embernek tartják őket, bizalmat előlegeznek nekik, el tudják fogadni és pozitív érzelmi viszonyulással övezik őket. A munkában a rendszerszemléletet kell érvényesíteni, megvalósítva az: egyén – család - helyi közösség - szolgáltató szervek - intézmények közötti közvetítő funkciót.

Fontos ismerni annak a közösségnek a drogfogyasztási szokásait, amelynek tagja az illető kliens. A közösség elvárásai a kezelés céljait is meghatározhatják. Az a segítő, aki ezen a téren akar dolgozni, az egészséges életmódra vonatkozó gazdag információkkal, valamint ezek átadási készségével kell felvértezze magát. A kezelés több lépcsős, lényege a pszichés, szociális, biológiai vonatkozások együttes szemlélete:

1. Szomatikus kezelés: a szervezet méregtelenítése és egyes szervek túlműködésének normalizálása;
2. Pszichoterápia: a személyiség, az identitás erősítése, valamint a viselkedési tünetek megszüntetése, egyéni és csoportos terápiák segítségével.
3. Szocioterápia: anyagi helyzet, munkaügyi, jogi, rendőrségi kérdések intézése. Ide tartozhat a munkaterápia is a munkaképesség visszaszerzése érdekében.

4. Utókezelés: főleg egyházak, klubok, önsegítő csoportok keretében történhet.

A beavatkozások azoktól a követelményektől függnek, melyek az illető egyén helyzetét meghatározzák (a személy egészségi állapota, a drog karrier stádiuma stb.).

A segítő munka első lépése a *szerződés megkötése*, amihez „pontosan kell tudni, hogy mit akarunk megváltoztatni, a kommunikációs folyamatot, a családszerkezetet, (dominancia viszonyokat és szerepeket), a családtagok világnézetét, vagy családi mitológiák revideálása." tűzzük célul. (42. 36 old.) Információkkal kell rendelkezni a kezelési célokkal kapcsolatban is. Ismerni kell a szociális kapcsolatok és támaszok javításának lehetőségeit, a változás indokait, és az alternatív tevékenységek perspektíváit.

[10]A munka menetére nézve javasolt első lépés az információ gyűjtés, ami főleg a kliens kezelésre való motivációját akarja felderíteni

Második lépésben az állapot értékelésére kell törekedni, figyelembe véve a tüneteket és ezek okait. Ennek alapján lehetséges a *diagnózis alkotás*, melynek során a drogfogyasztás jellemzőiből kell kiindulni: a használt drog fajtája, az alkalmazás módja, a beszerzés körülményei, a függőség mértéke. Ezt követi a drogozás miatti családi, iskolai, jogi problémák felmérése. Előre el kell tervezni, hogy milyen más specialistát kell bevonni a kezelésbe. Számolni kell a várható nehézségekkel is az elvonási tünetek, a visszaesési lehetőség, az egyéni és családi erősségek-gyengeségek szintjén, valamint azzal, hogy az érintettek mennyire tudnak megküzdeni a nehézségekkel.

A szerződés megkötése előtt tisztázni kell a kliens erősségeit illetve gyenge pontjait. A kliens részéről jövő

[10] Michael E. Cavanagh, A konzultáció szakaszai, in 42. 113-134 old.

visszajelzések lehetőséget adnak arra, hogy a kliens vállalásokat tegyen és kérdéseket fogalmazzon meg. A segitő reagálásai ajánlásokat kell tartalmazzanak a kliens számára. A szerződésben benne kell lennie a segitő folyamat kereteinek, az elvárásoknak és céloknak. *A folyamatban a segitő kétszer kell döntsön:* először, amikor a drogos segitségért fordul és a terapeuta fogadja; másodszor az első két szakasz után, az információk birtokában kell eldönteni, hogy a kliens megfelel-e az illető terápiás formának.

Kezdeti fázisban a drogfüggést nehéz felismerni. A páciens általában ellenséges, nem kooperatív. Ettől függetlenül az első beszélgetés is terápiás jellegű kell legyen. (42. 9 old.). Jellegét megadja az aktív hallgatás, a következetes tükrözések, a biztonság, a titoktartás, a nyílt konfrontáció elkerülése, a páciens érzéseinek elismerése és a bátorítás. Az interjú sikerességét elősegíti, ha a lényegi problémához közeledve az un. „ tölcsér " módszert használják, (pl. kérdéseinkben a tár..dalmilag elfogadott, vagy könnyű drogok felől közeledünk a kemények felé).

Fontos feltárni a drogozás történetét. Meg kell állapitani a drogvisszaélés és a páciens jelenbeli vagy múltbeli problémái közötti összefüggést. Arra is kell figyelni, hogy a páciens mit tart problémának, a drogozást vagy más orvosi ill. szociológiai nehézséggel jelentkezik. Az sem mellékes, hogy milyen a kliens drogozáshoz való hozzáállása: zavarja-e őt ?, aggódik-e miatta ?, voltak-e leszokási kísérletei ?, miért jelentkezett segitségért, hogy került kapcsolatba a segítővel ? Mindebből kezelési motivációjára lehet következtetni.

A klienst a családi rendszer tagjaként kell vizsgálni, ami azt is jelenti, hogy tisztában kell lenni a többi családtag drog, alkohol fogyasztásával is.

A család anyagi helyzetének, a házastársi problémáknak, a gyermekekhez való viszonynak, a gyermekek problémáinak, a teljesítmények ismerete hozzá segít a helyzet jobb megértéséhez.

Következő lépésként a cselekvési terv kigondolásán és a *viselkedés megváltoztatásán* kell dolgozni.

Amennyiben fennáll a fizikai függőség a beavatkozás a detoxikálással kezdődik.

1. Szomatikus kezelés: lényege, hogy a szer bevitelét a szervezetbe fokozatosan csökkentik, vagy valamivel helyettesítik. Folyamatosan ügyelnek a szervezet állóképességének biztosítására.

A detoxikációt ami hónapokig is eltarthat a célnak megfelelő intézetekben, ambulanciákon végzik.

A metadon ambulancián történik a heroint vagy más morfinszerű drogot használók detoxikálása, illetve orális szubsztitutív kezelése metadonnal. A kezelés koncepcióját tekintve elkülöníthető a *metabolikus és a pszichoterápiás modell.*

Az első szerint a drogozás orvosi probléma és kémiai úton gyógyítható, a metadon a cukorbetegek inzulinjához hasonló szerepet tölt be. Az absztinencia nem a leglényegesebb cél.

A pszichoterápiás program a drogozást emocionális problémának tartja, a metadon csak adjuvéns szerepet játszik. A terápia célja az absztinencia.

A detoxikációs fázist megkönnyíti és a megvonási tünetek okozta kínokat enyhíti a metadon, a LAAM vagy a Darvon-N injekció ill. tabletta. Ezek a szerek visszafordítják a heroin okozta változásokat és blokkolják a drog utáni ellenállhatatlan vágyat. Az említett szerek viszont maguk is addiktívak és használatuk ugyanazokkal a veszélyekkel járhat, mint a

heroiné, túladagolhatók és bekerülhetnek az utca drogforgalmába. Sajnos, a detoxikációs kezelés után az "ex-heroinista" pszichikailag ugyanúgy szenvedni fog a drog utáni vágytól, mint a kezelés nélküli. Állandó krízis-intervenció és felügyelet nélkül nagy valószínűséggel újra visszatér a heroinhoz. Sok narkós a költségei csökkentése érdekében rendszeresen aláveti magát a detoxikációs kezelésnek, hogy azután ugyanolyan rendszerességgel visszatérjen a drog használatához.

Eredetileg úgy gondolták, hogy kezdetben nagy metadon - dózisokat kell adni a páciensnek majd az adagot folyamatosan csökkentve a szerhasználat teljesen megszüntethető. Ez az elképzelés, az addikció természetének figyelmen kívül hagyásán alapul. Ma a metadon - kúrát életre szóló kezelésnek tekintik. A heroinista érthető módon óvakodik a saját problémáját egy ismeretlen másikra elcserélni csak azért, hogy legális narkósnak tudhassa magát. Tény, hogy a metadon használata megelőzi azt, hogy a narkós betörés és rablás úján szerezze meg a túléléshez szükséges heroinját. Azonban naponta kell jelentkeznie a klinikán, hogy beszámoljon és, hogy megkapja napi adagját, ellenkező esetben fellépnek a megvonási tünetek.

Létezik egy olyan megoldás is, amit nem fogadott el az amerikai társadalom, annak ellenére, hogy olyan társaságok javasolták, mint az American Medical Association (Amerikai Egészségügyi Társaság), az American Bar Association (Amerikai ügyvédi Társaság), a National Council of Churches (Egyházak Nemzeti Tanácsa), a Wall Street Journal, és a Kennedy elnök narkotikumokkal és drogokkal foglalkozó tanácsadó bizottsága (Advisory Commission on Narcotic and

Drug Abuse) is támogatta. A heroin legalizálásáról van szó. A dolog kivitelezésének módjaként ingyenes kezelőállomások létesítését vagy a drog orvosi receptre történő árusításának engedélyezést képzelték el.

A módszert Angliában 1924-ben alkalmazni kezdték. Minden regisztrált ópiát-fogyasztó receptet kap az általa választott szerre. A napi adag így néhány penny-ért beszerezhető, ami a feketepiacot gyakorlatilag kikapcsolja a drogok forgalmazásából. A kábítószerekkel kapcsolatos bűnözés szintén jelentős mértékben csökkent, nert a narkósnak már nincs szüksége arra, hogy lopjon a drogért. A drogos "újoncok" száma is visszaesett, mert a heroin elvesztette a vélt "bűverejét" és nem lévén jövedelmező az árusítása, a feketepiaci forgalmazók által kifejtett nyomás is kisebb lett. Mivel a rendőrségnek csak néhány nem regisztrált narkóssal kellett foglalkoznia, ideje nagy részét a hamis receptek használóinak leleplezésére fordithatta. Ily módon a narkósok társadalma minimális szinten volt tartható. A brit rendszer hatékonysága körül ádáz viták dúlnak ugyan, az mégis kétségtelen, hogy Britanniában soha nem követték el azt a hibát, hogy a narkós populációt elzárják az ópiátoktól és soha nem próbálták szemüket behunyva szépíteni az addikció igazi természetét.

Az idők folyamán az AEÁ kormánya is többféleképpen próbálkozott küzdeni a heroin ellen. Megkísérelte a török máktermesztőket pénzzel rávenni arra, hogy hagyjanak fel a termeléssel. A vietnami veteránoknak pedig rehabilitációs kezelést, a börtönbe zárt narkósoknak metadon - kúrát és drogmentes programokat ajánlott. Ezen a módon az alvilág kincstára számottevő mértékben csökkent és enyhült a narkósok kihasználásának gyakorlata.

Más elképzelések szerint „megoldást" a börtön jelent, amely azon az elvi alapon nyugszik, hogy a bezárás és a kényszerű absztinencia valamilyen módon csodát tesz a narkóssal. Az effajta elrettentő kezelés azonban nem működik, mert a börtönök jórészében virágzik a kábítószer kereskedelem az őrök, a látogatók és a bentlakók közreműködésével. Amikor pedig az "ex-heroinista" kiszabadul, a posztaddikciós szindróma (szorongás, nyugtalanság, depresszió) miatt azonnal rohan a régi helyekre, a régi barátért, a heroinért.

Drogmentes ambulancia: Itt a drogos a szakemberekkel együtt értékelni tudja szociális helyzetét és pszichés állapotát. Ha szükséges intenzívebb kezelési formák felé irányítják.

A drog ambulanciák fajtái a „nyiss be" centrumoktól a strukturált programokkal rendelkező formákig működnek.

2. **A pszichoterápia** kiegészíti a szomatikus kezelést. Történhet egyéni és csoportos formában. A drogosokkal egyéni terápiát folytatni nagyon nehéz. Minden fajtával próbálkoztak, de elfogadható eredményeket főleg a csoportterápiák és a családterápia adott. A drogosokkal folytatott terápia sajátosságait illetően *Rácz J.*(1995) a többször is idézett szakember a következőket tartja a leglényegesebbeknek:

- A probléma tisztázása: a páciens saját szavaival elmondja a történetet és az ezzel kapcsolatos érzéseit. Azután a segítővel együtt próbálják átfogalmazni a problémát, addig amíg a páciens elégedett lesz vele. Ha sok a probléma egyet ki kell választani kezdetnek.
- Megoldás keresése: a segítő megnevezteti a probléma megoldási lehetőségeit és kiegészítés az alternatívákat. Szét kell választani a probléma

lényeges és lényegtelen oldalait. Segíteni kell a kliensnek abban, hogy tudja eldönteni, hogy milyen információk.a van még szüksége a megoldáshoz.

- Döntéshozás: a probléma mely részei megváltoztathatóak és melyeket kell elfogadni, mert megváltoztathatatlanok. Nagy döntéseket krízis ideje alatt nem szabad hozatni. A haladást időnként ki kell értékelni.
- Környezetével való viszonyának rendezése: Az érzelmek felszínre hallgatása, ki hogyan szeretné megoldani a helyzetet, kinek mi lenne jó. Segíteni kell az egyezség létrejöttét a kliens és családja között, ki mit áldoz és miért.... Gondolni kell arra is, hogy mi lesz ha megszegik az egyezséget. A terapeutának sohasem szabad feladni, minden haladást kell értékelni. A teljes absztinencia csak távlati cél lehet.

A módszerspecifikus terápiákon kívül jó eredményekhez vezethet a konzultációs folyamat is. Ennek célja: (42. 37 old.)

- A kommunikáció segítése: pl. a családi problémák megoldásában. A folyamat elemei: megtanítani, hogy a család tagjai hogyan beszélhetnek egymással, az aktív figyelem gyakorlása, a pozitív megjegyzések, dicséretek megtanítása, a szemrehányások csökkentése... Főleg az anyával és a család nőtagjaival való kommunikációs viszony átalakítására kell törekedni... Olyan strukturális változásokat kell létrehozni, amelyek fölöslegessé teszik a tünetviselkedés fenntartását.
- A változásra való képességbe vetett bizalom kialakítása a kis eredmények dicséretén keresztül.

- A változás indokainak tisztázása: tudatosítani kell és ki kell mondatni, hogy a kliens miért igényli a drogozás abbahagyását, (hogy párkapcsolata megmaradjon, egészségesebb legyen, stb.).
- A droghasználattal szembeni alternatívák megtalálása. A lehetséges tevékenységek listáját a pácienssel együtt állapítja meg a segítő. Napra lebontott feladatokat is lehet adni vagy ötleteket nyújtani különböző helyzetekhez. (pl. sétáljon 1 órát, igyon egy csésze teát, ha nyugtalannak érzi magát, stb.).
- Fel kell térképezni azokat a kockázatos helyzeteket és hangulatokat, amelyek a múltban visszacsúszáshoz vezettek: bizonyos személyek társasága, tétlenség, konfliktusok. Ezekre fel kell készülni.

4. **Szocioterápia**: Célja a szociális támasz és kapcsolatok kiepítése: rokonok, barátok, drogosok, papok, önkéntesek megnyerése. Egyaránt fontos a küzdőképes személyiség és a veszélyeztető tényezőktől mentesített környezet biztosítása.

Utánkövetés és utógondozás:

Az ambulanciáról kikerülő klienst nem szabad magára hagyni. Folyamatos felügyelet és kapcsolattartás szükséges, különösen a leszokás első félévében. Minden visszaesésnél krízisintervenciót kell alkalmazni. Ahhoz, hogy a krízis helyzetek elkerülhetőek legyenek utánkövetésre és utógondozásra van szükség.

Az utógondozás több láncszemből áll össze (42. 39-40 old.):

a. társas támogató rendszerek,
b. foglalkozás, munkavégzés,

c. szabadidős tevékenységek,
d. viselkedési készségek megtanulása,
e. bentlakásos elhelyezés,
f. személyre szóló pártfogórendszer.

A **terápiás közösségek (TK)** biztosítják ezeknek a tényezőknek az együttes érvényesülését. A terápiás közösségek közös vonása a hirtelen és teljes drogelvonás, a teljes absztinenciára való törekvés, kemény munka, pontos napirend, szigorú szabályozások és életfeltételek mellett.

A kezelési modell részei általában egy detoxikáló központ, bentlakásos kezelési intézmény rehabilitációval és utógondozással, valamint információs és diagnosztikai központ. A TK-k szigorú de védelmező környezetet teremtenek a narkósnak, aki gyakran a bebörtönzéstől való félelmében veteti fel magát ezekbe a csoportokba. A Phoenix House, a Daytop, a Synanon és más közösségek azon fáradoznak, hogy teljesen drogmentes életmódra tanítsák a csoport tagjait. Ennek érdekében a helyes táplálkozás módszereit oktatják, szakmai képzést folytatnak és maradandó személyes élményeket próbálnak nyújtani különböző pszichoterápiák segítségével. A terápiás közösségeket rendszerint „ex-narkósok" vezetik, mert feltételezhető, hogy csak őket respektálják, kábítószeres múltjuk miatt. Léteznek azonban szakemberek által vezetett központok is, pl. a Monar.

Az ex-narkósok gyakran tartanak előadásokat iskolákban és egyházi csoportokban, ahol saját gyógyulásuk történetét mesélik el, bizonyítandó, hogy ezek a közösségek sikeresek. Ám az ő történeteik is azt igazolják, hogy a probléma lényege változatlan: csak azok a narkósok tekinthetők gyógyultnak, akik a közösségen belül maradnak, állandó nyomás alatt. A visszaesési arányok azoknál,

akik elhagyják a csoportot ugyanolyanok, mint bármely más kezelési típusnál.

Az első TK a *Synanon* 1958-ban Santa Monicában (AEÁ) létesült. Alapítója *Charles Dedrich*, egy volt alkoholista, aki az Anonim Alkoholisták (AA) módszereit próbálta meg alkalmazni drogfogyasztóknál. Koncepciója, hogy a drogabúzus nem betegség, hanem belső érzelmi rendellenesség vagy éretlenség. Szerinte a drogos a stressz helyzetek leküzdésének új módszereit kell megtanulja. A Synanon közösségekben encounter csoportterápiát (a tagok közötti konfrontációra épül) és miliőterápiát (kontrollált terápiás közösség) alkalmaztak. Így a negatív kortárscsoport-alapú identitást pozitív váltja fel. A drogos felismeri gyengeségeit és hiányzó érettségét, majd új készségeket tanul meg. A tanulás elősegítése érdekében a szociális jutalmazást és büntetést szigorúan alkalmazzák. A jelentkezőket szelektálják, várakozási idő után veszik fel. A belépés után izolációs fázis (90 nap) következik. Ez alatt a drogos minden külső kapcsolatát fel kel számolja. Ebben az időszakban 75% távozik. A bentmaradásban segít és fontos támogató erő a közösségi érzés.

Ezen közösségek negatívuma, hogy nem fektetnek hangsúlyt a társadalomba való visszatérésre, amelyet elítélnek és korruptnak tartnak.

A Synanon kritikájából kiindulva és a lényegi meggondolásokat megőrizve megalapították a Daytop-ot. Nagy figyelmet fordítanak a kikerülésre való felkészítésre.

BCU IASI

IRODALOM

1. ALBERT-LŐRINCZ, E., Carcea, M., Prevenirea dezadaptării şcolare, Ed., Cermi, Iaşi, 1998.
2. ALBERT-LŐRINCZ, E., Adolescentul dezadaptat, KOMP-Press, Cluj, 1999.
3. ALBERT-LŐRINCZ, E., DÓSA, J., Önismeretfejlesztés diákcsoportban, in rev. Korunk, 1988/3.
4. ALBERT-LŐRINCZ, E., Serdülőkori veszélyeztetettség néhány vonulete Marosvásárhelyen, in rev. Végeken, Bp. 1994/2.
5. ANDREY, B., LE MEN, J., Les formes de l'inadaptation, dans Les cahiers de l'enfance inadapté, nr. 5.1968.
6. ANDORKA, R., BUDA,B., CSEH-SZOMBATHY, L., A deviáns viselkedés szociológiája, Gondolat Könyvvkiadó, Budapest, 1974.
7. BÁLINT, I., szerkesztésében: Válogatás a nemzetközi alkohológiai szakirodalomból, Medicina, 1981.
8. BLACK, C., Children of alcoholics, In: Alcohol, Health, and Research World 1979/4.
9. BOGDAN, T., Contribuţia psihologiei la prevenirea actelor de devianţă din rândurile tinerilor, Colectivul Naţional de Psihologie, Bucureşti, 1979.
10. BUDA, B., Az alkoholizmus és a drogproblémák kutatásának, megelőzésének és kezelésének világhelyzete napjainkban, in rev. Alkohológia, 1988/4
11. BUDA, B., Mentálhigiéné, Animula, Budapest, 1994.
12. BUDA, B., Szenvedélyeink, Sub Rosa Kd., Bp., 1995.
13. CAPLAN, G., Opportunities for scool psychologists in the primary prevention of mental discorders in children, Mental Hygiene 47, 525-539, 1963.

14. CAPLAN, G., GRUNEBAUM, H., Az elsődleges megelőzés perspektívái, în rev., Drogproblémák nr.2., 1992.
15. DRAGOMIRESCU,V.,Psihosociologia comportamentului deviant, Edit., şt., şi encicl., 1976.
16. GEREVICH, J., (szerk.) Drogproblémák I-VI., Budapest., 1987.
17. GONET, L., Adolescents, droques et toxicomanie, Chronique Social, 1992.
18. GYÖKÖSSY E., Magunkról magunknak, Kálvin Kd., Bp., 1992.
19. HAMILTON,N.G. Tárgykapcsolat-elmélet a gyakorlatban, Animula, 1996
20. HÉZSER, G., A pásztori pszichológia, Kiadja a A Ref. Zsinati Iroda Sajtóosztálya, Bp., 1991.
21. HORNEY, K., Personalitatea nevrotică a epocii noastre, Ed., I.R.I., Cluj, 1996.
22. ILLÉS, S., A szocializáció jelentésvilága, in Beilleszkedési zavarok, Tankönyvkiadó, Budapest, 1991.
23. JOYCE, C.,R.,B., Drogurile şi personalitatea în Orizonturi noi în psihologie, red. B.M. Foss, Edit. Enciclopedică română, Bucureşti, 1973.
24. KERNBERG, O., F., Bordeline szindróma és patológiás nárcizmus, Kapocs kd., Bp., 1993.
25. KÓSÁNÉ ORMAI V., MÜNNICH, I., Szocializációs zavarokbeilleszkedési nehézségek, Tankönyvkiadó, Budapest, 1985.
26. KÓSÁNÉ ORMAI, V., A szociálisan inadaptált tanulók megismerése és pedagógiai pszicológiai jellemzése, Pedagógiai Szemle, 1979.1. 56-65.
27. KÓSÁNÉ ORMAI V., Beilleszkedési nehézségek és az iskola, Tankönyvkiadó, Budapest, 1989.

28. KURDICS, M., A kábítószer itt van testközelben, Zsiráf Kd., 1996.
29. LAUFER, M., Adolescent Disturbance and Breakdow, Penguin Books, Harmondworth, Middlesex, 1975.
30. LEVENDEL, L., , Alkoholbetegek gyógykezelése és gondozása, Akadémiai Kd., Bp., 1987.
31. LEVENDEL, L., MEZEI, Á., Az alkoholista beteg személyisége, Akadémiai Kd., Bp., 1972.
32. LOSONCZI, Á., Értó-védő társadalom, Közgazdasági és Jogi kd. Budapest, 1989.
33. MACQUET, C., Toxic manies, Alienation ou style de vie, Ed. L Harmattan, 1994.
34. MURÁNYI-KOVÁCS, E., KABAINÉ HUSZKA, A., A gyerekkori és serdülőkori személyiségzavarok pszichológiája, Tankönyvkiadó, Budapest, 1988.
35. MÜNNICH, I., MOKSONY F., (szerk.), Devianciák Magyarországon, Közélet Kd., 1994.
36. NAGY,G., LOVAS, P., A kábítószerek világa, Medicina Kd., Bp., 1985.
37. OLÁH, A., Szorongás, megküzdés, és megküzdési potenciál, Kandidátusi Disszertáció, Budapest, 1993.
38. OZUNU, D., Psihopedagogia comportamentului normal şi deviant, Ed., Genesis, Cluj, 1995.
39. PATAI, K., PETŐ, Z., Szenvedélybetegségek, Békéscsaba, 1993.
40. PARENT, P., GONNET, C., Les écoliers inadaptées, P.U.F., Paris, 1965.
41. POPPER P., HEGEDÜS, T., A., FEUER, M., LAJTI, R., GLAUBER, A., Beilleszkedési zavarok korai felismerése gyermek és serdülőkorban, in Beilleszkedési nehézségek, Tankönyvkiadó, Budapest, 1991.
42. RÁCZ, J.,összeállításában, Addiktológiai szöveggyüjtemény, HITE, Bp., 1995.

43. RÁCZ, J.,, A drogfogyasztó magatartás, Medicina, Bp., 1988.
44. RÁCZ, J., Ifjúsági szubkultórák és fiatalkori „devianciák", Animula, Bp., 1989.
45. RÁCZ, J., Iskolai mentalhigienes programok, Irodalom ismertetése, Szakmai Forrás Sorozat, Budapest, 1996
46. RÁCZ, J., Marginális szubkultúrák tagjainak drogfogyasztása, in rev. Alkohológia, 1987/18.
47. RĂDULESCU, S., M., BANCIU, D., Introducere în sociologia delicvenţei juvenile, Adolescenţa între normalitate şi devianţă, Ed., Medicală, Bucureşti, 1990.
48. RĂDULESCU, S., M., PITICARIU, M., Devianţă comportamentală şi boală psihică, Sociologie şi Psihiatrie, Edit., Academiei RSR, Bucureşti, 1989.
49. SCOTT, R., A proposed framework for analyzing deviance as a property of social order, in :Scott, R., Douglas, J., (eds): Theoretical perspectives on deviance. Basic Books, Inc.New York, 9-35, 1972.
50. SERVAIS, E., Prévention drogues. Edit., LABOUR, Bruxelles, 1988
51. SIMAI, G., Alcoholism, drug consumption and criminality, in rev. Alkohológia, 1988.
52. SIPOS, K., (szerk), Drogmegelőzés az iskolában, Budapest, 1995.
53. STRĂCHINARU, I., Devierile de conduită la copii, E.D.P. Buc.,1969.
54. SZŐNYI, G., Szocializáció-reszocializáció, in Beilleszkedési zavarok,Tankönyvkiadó, Budapest, 1991
55. x x x Szöveggyüjtemény, Krízis, pszichoszomatika, alkoholizmus, narkománia, Bp., 1989.
56. X x x Tanári kézikönyv, Kábítószer megelőzés, Bp., 1991.

57. ŢURCAŞ, S., Bomba drogu.ilor, Edit. Humanitas, Bucureşti, 1991

58. VIKÁR, GY., Az ifjúkor válságai, Gondolat, Budapest, 198o.
59. VLAD, T., VLAD, C., Psihologia şi psihopatologia comportamentului, Edit., Mil., 1978.
60. WATZLAWIK, P., şi colab., Changements, paradox, psychotherapie, Le seuil, Paris, 1975.
61. WINFRIED, H., Fordulópont a szenvedélybetegek kezelésében, Debr en, 1 93.
62. ZRINSZKY, L., Magatartásminták-azonosulás, Gondolat, Budapest, 1981.
63. ZSIDI, Z., A magatartászavaros fiatal, Nagykanizsa, 1995.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

KOMP-PRESS KIADÓ
1999
Kolozsvár, E. Grigorescu utca 52
Felelős kiadó: Cseke Péter

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

024899

024899

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

8 000 lei